بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الجــامعة الإســـلامية
عمادة الدراسات العليا
كــليـــة التـــربيـــــة
قســـم عـــلم النفـــس

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين

إعداد
ليلى أحمد مصطفى وافي

إشراف
الدكتورة / سناء إبراهيم أبو دقة

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس

العام الدراسي
2006 م – 1427 هـــ

الإهـــــــــداء

مع كل نسمة من نسمات فجر الحرية أهدي تحية إلى كل ذرة من تراب بلدي فلسطين المعبدة بدماء الشهداء والمرتقبة لكسر قيود الأسرى وعودة أهلها المغتربين عنوة عن ثراها الطهور

ومع خيوط الشمس الذهبية أرسل إهدائي إلى قبلة المسلمين الأولى وسراج الدم الذي ينير للشرفاء الطريق ويغرس في نفس الطفولة البريئة شعلة من الأمل والحرية وإلى مخيماتنا الصامدة تحت سمفونية الرصاص وطبل المدافع الهمجية

ومن بين أريج الورود الجورية وبلون الدم القاني أبعث بالإهداء إلى الشهداء والأسود الرابضة خلف القضبان الحقيرة تترقب لحظة الشروق وإلى فلاح الأرض والسنابل وجعبة الفدائي المقاتل وبجواره فأس القنابل..

إلى العزيمة القاهرة لذل الاحتلال : الصغار الرجال أبطال الحجر أطفال فلسطين ..

ومع الحب والأمل أهدي هذا العمل إلى الروح الطاهرة التي تظللني بإباء وتحفني بوفاء وأشتاق إليها حتى وهي ترقد في العلياء وأدعو الله الرحيم رب الأرض والسماء أن يجمعنا بها مع الصديقين والشهداء: أبي الحبيب

إلى الجذور الراسخة بإباء وتحدي وشموخ : جدتاي وجدي

إلى منبع الحب والحنان ومن لا يحصي فضلها علي إنسان أمي الصابرة الغالية

إلى زهور الياسمين وعبق الرياحين أخي الحبيب مصطفى وزوجته

وشذا عطرهما نور وأحمد وقمر

إلى بستان الحب وورود الشوق المتجددة في كل حين أخي الحبيب محمد وأخواتي منتهى وإبراهيم و فريال وزكريا وعموم أعمامي وعماتي وأخوالي وخالاتي وأسرهم الكريمة وأخص من بينهم العم والأب والحنان عمي الحبيب محمد وأسرته والخالين العزيزين الدكتور نصر وأبو حسام والصديقة المساندة خالتي أم محمد والسيد الفاضل حسن كمال وزوجته الغالية وأسرهم جميعاً ..

إلى الشقيقة والأخت والسند عزيزتي عائشة

إلى الرفيقة والحبيبة والمعطاءة بلا حدود والجوهرة الثمينة غاليتي جيهان وعائلتها الكريمة

إلى المهندس المعطاء صاحب الفكر المبدع: الأخ الفاضل أشرف الخطيب

إلى كل من ساندني بصدق خلال رحلتي البحثية و كل قارئ رصين

ـــ واجعل اللهم رسالتي له فرج من كل ضيق ـــ ..

الباحثة

ليلى أحمد وافي

شكر وتقدير

الحمد لله وكفى والصلاة والسلام على الحبيب المصطفى القائل : " من لا يشكر الناس لا يشكر الله ومن لا يشكر القليل لا يشكر الكثير " (متفق عليه)، وامتثالاً لأمر الحبيب ــ عليه السلام ــ في هذا الحديث الشريف وشعوراً بواجب الشكر والعرفان فإنه يغمر قلبي ويلهج لساني بالشكر لله تعالى والثناء عليه أن وفقني إلى إتمام هذا العمل فإن أصبت فمنه وحده لا شريك له وإن أخطأت فمن نفسي والشيطان والله منه براء ..

ومن باب شكر الناس فإنني أتوجه بعميق الشكر والامتنان للأخت الكريمة والمربية الفاضلة والأم الناصحة الرشيدة والمشرفة المخلصة الوفية (التي مهما قلت عنها لا أوفي شكرها) الدكتورة سناء أبو دقة فقد كانت لي خير عون وسند خلال رحلتي البحثية الشاقة ..

وواجب الشكر موصول ليضم الأستاذين الفاضلين د. فضل أبو هين و د. جميل الطهراوي والّذين أثريا هذه الدراسة بآرائهما السديدة كعضوين في لجنة الحكم عليها

والشكر كل الشكر لكافة الإداريين والمحاضرين في كلية التربية وقسم علم النفس وعمادة الدراسات العليا بالجامعتين الإسلامية والأقصى للعلوم التربوية، وجميع من قام بتحكيم أدوات هذه الدراسة، حيث كانت آرائهم وإرشاداتهم النيرة داعماً لإنجازها على هذا النحو ..

ويمتد الشكر ليطوي بين جناحيه جميع المؤسسات التعليمية والخدماتية التي تعنى بالمعاقين كلياً أو ضمن برامجها الفرعية، وعلى رأسهم المؤسسات التي ضمت بين أحضانها أفراد مجتمع الدراسة من الصم والمكفوفين ومركز الإميدست (تلك المؤسسة التي كان لها الفضل الكبير بعد الله تعالى في تيسير وتذليل معظم الصعوبات ذات العلاقة بالاحتياجات المادية خلال الرحلة البحثية فمنحتني دعماً وتشجيعاً للاستمرار والعطاء) والمركز الوطني للبحوث والدراسات ذاك المكان العظيم الذي يظل بظلاله الباحثين وكان لي بمثابة بحر من العلوم لا ينضب ويسقي من ورده الصافي ما طاب لنفسي أن أحصل عليه من علوم عبر شبكة المعلومات العالمية المحوسبة، ومجموعة الاتصالات الفلسطينية والتي أبت إلا أن تكون من بين الأيادي الداعمة لإتمام هذا العمل، وعموم العاملين في جميع تلك المؤسسات..

كما ويسرني أن أتوجه بعميق الشكر إلى الاخوة محمد وأسامة وافي ونبيل أبو جزر والأخوات جيهان عامر وجملات الخرطي وختام المنيفي وسحر قويدر وصباح عيد وفاتن وعائشة وافي أعضاء فريق العمل الذين لم يألو جهداً في إنجاز الجانب التطبيقي وتفريغ البيانات على أكمل وجه وأفضل صورة والأخت الفاضلة ختام السحار والتي أخذت على عاتقها إجراء كافة المعالجات الإحصائية واستخراج نتائج الدراسة الكمية، والأخ الكريم المهندس أشرف الخطيب ذاك الشاب المعطاء والمخلص والوفي الذي عرف داء جهاز

الحاسوب الخاص بي وشخصه بدقة ليكون من بين بنيهات أفكاره وبراعة أدائه الشفاء التام ــ بإذن الله تعالى ــ من كل العلل التي ألمت بالحاسوب ..

والشكر موصول إلى عائلتي الكريمة بكل أفرادها فهي من أعطتني اهتماماً ومنحتني دعماً ومساندة وتشجيعاً وحباً سقاني من فيضه أمناً وحناناً ينشر حولي في كل حين ..

وكافة من وقف بجانبي من مختصين ومهنيين ومشجعين لي في جمهورية مصر العربية وعميق الشكر إلى من كان له دور ولو يسير من قريب أو بعيد في إتمام هذه الدراسة ..

وما توفيقي إلا بالله

الباحثة

المحتويات

المبحث الثاني : التوافق النفسي

المبحث الثالث : الأطفال الصم والمكفوفين

أولاً : الصم

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها، التوصيات والمقترحات

فهرست الجداول

فهرست الملاحق

الفصــــــــــــــــل الأول

مشكلة الدراسة أهدافها وأهميتها

مــقــدمــــة

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها

أهــداف الدراســة

أهــمية الدراســة

مــتغيرات الدراسة

مصطلحات الدراسة

حــدود الدراســــة

الفصل الأول

مقـــدمـــــة

الحمد لله خلق الإنسان من طين، وصوره في أحسن تقويم، وجعل التفضيل بين عباده على قدر التقى والدين، وصل اللهم وسلم على من بعث رحمة للعالمين، وأعطي الكوثر نهراً في الجنـــة يشرب منه مع من ســـار على نهجه إلى يوم الدين، ورزق الشفاعـــة عن سواه من الأنبيـــاء والمرسليـــن، سيدنا محمد بن عبد الله إمـــام الأولين والآخرين، وارض اللهـــم عن الـــصحابة والتابعين، وعنا معهم برحمتك يا أرحم الراحمين .

وبعد ...

الأطفال هم براءة الحاضر وابتسامته، وأمل المستقبل وعماده، وأمانة استودعها الله بين بنـــي البشر، فأوجب المحافظة عليهم ورعايتهم (أياً كانت سماتهم ومهما اختلفت أجناسهم وأشـــكالهم وخصائصهم)، لذلك وغيره أبدت معظـــم المؤسسات الاجتماعية اهتماماً واسعاً بهـــم، ســـواء بالتعاون مع الأسرة أو بمعزل عنها ؛ لتنشئتهـــم وتربيتهم على الشكل الذي يضمن لهم الأمـــن والاستقرار، ويعينهم على أن يكونوا سواعد العطـــاء والبناء لمجتمعهم في المستقبل، والقـــدرة على استثمـــار كافة الإمكانات والوسائل المتاحـــة لهم في العالم المحيط بهم بشكل إيجـــــابي وفعال .

إلا أن الأطفال المعاقين لم يحظوا بنفس القدر من الاهتمـــام الذي نالـــه أقـــرانهم مـــن غيـــر المعاقين سوى من أمد قريب)، لاعتبار الإعاقة ومنذ القدم عنوانـــاً لشقاء أصحابها، فمـــا إن تكتشف إعاقتهم حتى يتبدل واقعهم، ويصبح إما النبذ لهم أو لأسرهم (التي تبدأ فـــي التفكيـــر بطريقة للتخلص منهم؛ لما سيجلبوه لها من عار، وعناء) .

وبينما كانت أوروبا والعصور الجاهلية تحيط المعاقين بذلك الواقع الأليم! جاء الإسلام بقيمـــه السمحة يداوي ألم نفوسهم، ويمنيهم برحمة الله بعباده، ويثيبهم على الرضى بقضاء الله وقدره، ويبشرهم بالأجر والثواب، ومن بين ذلك قول الرسول الكريم (صلى الله عليه وسلم) :"مـــن فقد حبيبتيه دخل الجنة " متفق عليه .

ولم يكن القرآن الكريم بمعزل عن السنة المطهرة ؛ حيث وضحت قصصه الكريمة مـــا نالـــه الإنسان المعاق من تكريم له، وحرص على مشاعره، ومراعاة لأحاسيـــسه بـــأبلغ الـــصور، وأعظم التعبيرات، وما أروع من أن يعاتب المولى القدير رسول هذه الأمة في إنـــسان حُـــرم نور عينيه؛ لإعراضه عنه، فقد " ذُكر أن الرسول (صلى الله عليه وسلم) كان يوماً يخاطـــب

أحد عظماء قريش ؛ وقد طمع في إسلامه، فبينما هو يخاطبه ويناجيه، إذ أقبل ابن أم مكتوم ــ وكان ممن أسلم قديماً ــ فجعل يسأل رسول الله (صلى الله عليه وسلم) عن شيء ويلح عليه، وود النبي (صلى الله عليه وسلم) أن لو كف ساعته تلك ليتمكن من مخاطبة ذلك الرجل طمعاً ورغبةً في هدايته، وعبس في وجه ابن أم مكتوم وأعرض عنه، وأقبل على الآخر؛ فأنزل الله تعالى :﴿ عَبَسَ وَتَوَلَّى ۝ أَن جَآءَهُ ٱلْأَعْمَى وَمَا يُدْرِيكَ لَعَلَّهُۥ يَزَّكَّى ﴾ أي يحصل له زكاة وطهارة في نفسه ﴿ أَوْ يَذَّكَّرُ فَتَنفَعَهُ ٱلذِّكْرَى ﴾ أي يحصل له اتعاظ وازدجار عن المحارم ﴿ أَمَّا مَنِ ٱسْتَغْنَى ۝ فَأَنتَ لَهُۥ تَصَدَّى ﴾ أي أما الغني فأنت تتعرض به لعله يهتدي ﴿ وَمَا عَلَيْكَ أَلَّا يَزَّكَّى ﴾ أي ما أنت بمطالب به إذا لم يحصل له زكاة ﴿ وَأَمَّا مَن جَآءَكَ يَسْعَى ۝ وَهُوَ يَخْشَى ﴾ أي يقصدك ويؤمك ليهتدي بما تقول له ﴿ فَأَنتَ عَنْهُ تَلَهَّى ﴾ أي تتشاغل، ومن هنا أمر الله تعالى رسوله (صلى الله عليه وسلم) أن لا يخص بالإنذار أحداً، بل يساوي فيه بين الشريف والضعيف، والفقير والغني، والسادة والعبيد، والرجال والنساء، والصغار والكبار، ثم الله تعالى يهدي من يشاء إلى صراط مستقيم، وله الحكمة البالغة، والحجة الدامغة ".

(ابن كثير، ب.ت : 471)

ذلك ــ وغيره الكثير ــ يبين مدى حرص الإسلام على الاهتمام بهم، ورعايتهم والنهي عن إيذائهم بأي شكل سواء الجسدي أو المعنوي، كما أعطاهم جل الاهتمام منذ بزوغ فجره وعلى مدار سنوات المجد العظيم لهذا الدين ــ قبيل تلوث نفوس أبنائه بحب الدنيا، وإنخفات وميض الحضارة الإسلامية تحت سنابك الاحتلال والاستعمار الفكري والعسكري ــ لتبقى في نفوس أحبت الدين ولا تملك قوة كافية للدفاع عنه بسبب فرقة المسلمين وتضييعهم لدستورهم وعقيدتهم .

وفي العصر الحديث بدأت الدراسات في مجال علم النفس والاجتماع تأخذ بعين الاعتبار المعاقين صغاراً وكباراً من حيث التعليم، والرعاية، والتربية، والتأهيل، " ولم يكن باستطاعة المعلم، أو المتعلم قبل بضع سنوات أن يجد في المكتبة العربية كتاباً، أو دراسات مفيدة في مجال التربية الخاصة " . (الحديدي، 1998 :11) .

فبزغت طلائع الاهتمام بالمعاقين في أواخر القرن التاسع عشر، واعتبر الطبيب الفرنسي " Itard " من أوائل المهتمين بتعليم الأطفال العاديين والمعوقين عقلياً .

ومع بدء انتشار الدراسات النفسية في ميدان المعاقين، وتركيزها على كل جوانب صحتهم النفسية ، ظهر الاهتمام بدراسة التوافق النفسي من جوانب متعددة؛ لما له من فاعلية كبيرة

تساهم في نجاح العملية التعليمية التعلمية والأساليب التربوية، وبالمقابل فإن إهماله يترك آثاراً سلبية متنوعة في هذا الاتجاه، حيث يزيد في اتساع الفجوة بين المتعلم والعملية التعليمية والتربوية .

ويعد المعاقون بصرياً وسمعياً أكثر فئات الإعاقة تأثراً بالمجتمع المحيط بهم ؛ نظراً لاتصالهم المبتور به – حتى في ظل ما حظي به ميدان الإعاقة البصرية من اهتمام مبكر سبق جميع ميادين الإعاقة الأخرى – حيث أنشأت أول مدرسة للمكفوفين في فرنسا عام 1785 م، إضافة إلى أن أبناء هذه الفئة قد نالوا قدراً كبيراً من الاهتمام والرعاية من لدن الأخصائيين والباحثين التربويين والنفسيين والاجتماعيين لم ينلها بعد أي ميدان من ميادين الإعاقة . (سيسالم، 1997: 9)

أما فيما يتعلق بالصم فقد كانت أولى المحاولات المنظمة لتعليمهم على يد الراهب الأسباني " بيدرو دي ليون :1520-1584م ". (اللقاني والقرشي، 1999 :33)
وبدت الدراسات العربية – في تلك الفترة – خجولة، حتى أخذت – تدريجياً – تشغل حيزاً واسعاً في منتصف القرن العشرين الذي برز فيه الاهتمام بميدان الصحة النفسية ذا الأهمية البارزة في حياة الإنسان وتوافقه النفسي صاحب الأثر الواضح على دافعيته للتعلم والتكيف (بالنسبة للعاديين والمعاقين على حد سواء)، وذلك ما أكده كل من (**صبحي، 1979** ودخان، 1997) .

ومع التأكيد على أن هناك من بين المعاقين من كانت إعاقته حافزاً للتوافق مع ذاته والعطاء لمجتمعه، فإن من بينهم من شرخت هذه الصورة لديه لتضاؤل قدرته على التوافق مع نفسه وبيئته بسبب الإعاقة ؛ لأنه بحاجة إلى تكوين صورة لبيئة فوجيء بأنها ترفضه وتتعامل معه بحساسية، وحكمت عليه بالضعف نتيجة الإعاقة وعدم قدرته على التفاعل معها كغيره من أبناء مجتمعه العاديين، والطفل المعاق قد يكون عاجزاً أحياناً عن فهم بعض الضوابط المجتمعية ولذا فهو لا يستجيب لها فينجم عن ذلك اصطدامه بخبرات سلبية من المحيطين به، مما يولد لديه مشاعر الإحباط والخوف والرغبة في الانسحاب والانطواء أو فرض نفسه على الواقع المحيط بقوة من خلال العدوان والانفعال والغضب، وقد يأتي ذلك في وقت تكون الأسرة فيه عاجزة عن تفسير هذا السلوك المضطرب، مما يوقعها تحت طائلة الحرج من المجتمع المحيط مما الأمر الذي ينعكس على طفلها وبالتالي قد يؤثر على توافقه مع الأسرة والمجتمع ويولد لديه شعوراً بعدم الرضى عن إعاقته من جهة، وعن ما بدى لديه من اضطرابات سلوكية والناجمة عن التفاعل اللاسوي مع العوامل والمتغيرات المحيطة به من جهة أخرى .

وبما أن سلوك الفـــرد مع نفسه وبيئته هو الذي يلعـــب دوراً بارزاً في علاقته معهما فـــإن أي اضطراب فيه قد يتسبب في حدوث خلل ينطلي على تلك العلاقة، ولذا فقد ظهر فـــي أوســـاط الباحثين والمختصين الاهتمام بما سموه ميدان الاضطرابات السلوكية وهو حـــديث نـــسبياً، إلا أنه في وقتنا الحاضر يحظي بعناية واهتمام بالغ، ذلك مع أنه ليس لأحد أن ينكر كون جـــذوره غائرة في القدم إلا أن النمط والشكل الحالي المتبع في دراستها بكـــل جوانبهـــا يعكـــس آراء وتوجهات حديثة ومواكبة للعصر . (القاسم وآخرون، 2000 : 5)

وإذا كانت الاضطرابات السلوكية تلقي بضلالها السلبية على توافق غير المعاقين ســـواء مـــع ذواتـــهم أو بيئتهم، وذلك في ضوء ما يلاحظ في الواقع وأكدته معظم الدراسات التي ركـــزت على تلك العلاقة (بالنسبـــة لغير المعاقين) كدراسة (**الجنادي، 1984 والخليفي، 1994**) وغيرهم فكيف الحال بمن كانت إعاقتهم سبباً لإحاطتهم بواقع من اللاتقبل الاجتماعي، إما على نحو مباشر بالرفض، أو غير مباشر بالتهميش والإهمال على الأغلب !! .
ولكون الصم والمكفوفين أكثر المعاقين إحساساً بالعزلة نتيجة لما لهم من خصوصية في طبيعة التواصل بينهم وبين المجتمع، وما يتسم به من قصور ومحدودية؛ في ضوء ما تفرضه هـــاتين الإعاقتين على أصحابها من محدودية القدرات الاتصالية، إضافة إلى ما يعانيه المعـــاقين مـــن عدم الرضى عن واقعهم الشخصي، أو أساليب التعامل معهم، ولندرة الدراســـات التـــي تهـــتم بالجوانب النفسية والسلوكية لهم وعلاقة كل هذه الجوانب مع بعضها البعض فقد إرتأت الباحثة أن تتناول دراستها أكثر من مجال، والربط بين جملة من الموضوعات والميـــادين الإنـــسانية، وذلك من خلال التعرف على أبرز الاضطرابات السلوكية، وما هية العلاقة بينها وبين التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين .

مشكلة الدراسة وتساؤلاتها :

ما الإعاقة إلا نعمة أكرم الله تعالى بها بعضاً من بني البشر، فهي بإذن المولى جل شأنه مدعاة لتخفيف ذنوبه، إلا أن المجتمع قد يرى منها مشكلة، وما يعكس ذلك ســـوى أســـاليب تعاملـــه وآرائه تجاه المعاقين، والتي يمكن أن تؤدي بدورها إلى الحد من قدرتهم على تحقيق قدر مـــن التوافق والانسجام سواء مع ذواتهم أو بيئتهم، مما قد يكون دافعاً لظهور بعـــض الـــسلوكيات المضطربة والتي يمكن أن يلجأ إليها الطفل المعاق ـــ بشكل مبدئي ـــ كوسيلة لتعويض النقص الذي يشعر به، أو محاولة لجذب انتباه الآخرين إليه، لتصبح فيما بعد سلوكاً ملازماً له، يوقعه في طائلة الحرج، وعدم الرضى عن نفسه التي لا تستطيع التغلب عليها، أو التقليل من الآثـــار السلبية المترتبة على وجودها لديه .

وبما أن الصم والمكفوفين من أكثر المعاقين تقارباً مع بعضهم في طبيعة علاقتهم المبتورة مع المجتمع ــ فالأصم عزلته إعاقته عن عالم الصوتيات من حوله، بينما أدى كف البــصر إلــى قصور اتصال المكفوفين مع المرئيات المحيطة بهم ــ، وكلاهما بحاجة إلى بــرامج وطــرق خاصة لتعليمهم، فإعاقتهما تمثلت في فقد إحدى الحواس الــضرورية والهامــة (ســواء فــي اكتساب المعرفة، أو في التفاعل مع البيئة)، إضافة إلى الانتشار الواســع لهما على مــستوى العــالم عامة، وفي فلســطين بشكل خاص، فقد أشــارت الإحصاءات الخاصــة بالصم إلــى أن هناك حوالي (70) مليون شخص أصم. في العالم . (اللقاني و القرشي، 1999 :20)، وما يزيد عن (35) مليون كفيف وحوالي (120) مليون ضعيف بصر على مستوى العالم أيضاً . (عبيد، 2000 :33)

أمــا فلسطينياً فقد أشــار (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000) إلى وجود حوالي (2364) فرداً يعانون من خلل سمعي، وما يزيد عن (6727) معاق بصرياً في الأراضي الفلسطينية، ولذا فقد انصب محور تركيز الباحثة في الدراسة الحالية علــى الأطفــال الــذين يعانون من أي من هاتين الإعاقتين ؛ لتتمكن من الكشف عن أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كل منهم، وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لديهم، أملاً في جذب أنظار البــاحثين والدارســين للتركيز على دراسة الجوانب النفسية المتعلقة بهم وإمكانية وضع خطط وبرامج من شــأنها أن تساهم في تحسين نظرة المجتمع اتجاههم وبالتالي التخفيف من الضغوط التي يتعرضون لهــا هم وأسرهم في ضل مجتمع لا يتفهمهم، ولا يسعى لتلبية احتياجاتهم على الوجه الأمثل .

ومن ذلك المنطلق فإن مشكلة الدراسة تتحدد في التساؤل الرئيسي التالي :

ما علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين؟

وللتوصل إلى إجابة واضحة حول هذا التساؤل قامت الباحثة بجملة من الإجــراءات العمليــة للإجابة عن ثلة من التساؤلات الفرعية التي تمثلت في:

1) ما أبرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين ؟

2) ما مدى الاختلاف في مستوى التوافق النفسي بأبعاده (شخــصي، مدرســي، أســري، جسدي) للأطفال الصم والمكفوفين بين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين ؟

3) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي بين الأطفال الصم والمكفوفين تعــزى لنوع الإعاقة ؟

4) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي وأبعاده (شخصي، مدرسي، أســري، جسدي) للأطفــال الصم تعزى للتفاعل بين متغيرات الجنس (ذكور، إنــاث) ومنطقــة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) ؟

5) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي وأبعاده (شخصي، مدرسي، أسـري، جسدي) للأطفـال المكفوفين تبعاً للتفاعل بين المتغيرات الجنس (ذكور، إناث) ومنطقـة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) ودرجـة الإعاقة (كلي، جزئي) ؟

أهداف الدراسة :

يتحدد الهدف الرئيسي للدراسة في التعرف على علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين .

وللتأكد من تحقيق هذا الهدف فقد عمدت الباحثة للتحقق من الأهداف الفرعية التالية :

1- الكشف عن أبرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين .

2- التعرف على مدى الاختلاف في مستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفـوفين بـين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

3- التعرف على طبيعة الاختلاف في مستوى التوافق النفسي بين الأطفال الصم والمكفوفين .

4- الكشف عن طبيعة الفروق في مستوى التوافق النفسي وأبعاده بين الأطفـال الـصم تبعـاً للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن ومرحلة التعليم .

5- الكشف عن مدى الاختلاف في مستوى التوافق النفسي وأبعـاده بين الأطفـال المكفوفين تبعاً للتفاعل بين متغيـرات الجنس ومنطقـة السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة .

أهمية الدراسة

تبرز أهمية الدراسة الحاليـة في ثلة من المجالات التي يمكن توضيحها على النحو التالي:

أولاً) تعتبر دراسة موضوع الاضطرابات السلوكية بأشـكالها المختلفـة وعلاقتهـا بمـستوى التوافق النفسي بأبعاده (شخصي، مدرسي، أسري، جسدي) من الدراسات القليلة عالمياً فـي ميدان المعاقين (وفقاً لما توصلت إليه الباحثة في هذا الجانب)، ويمكن القول بـأن الدراسـة الحالية قد تكون هي الأولى من نوعها في فلسطين (على حد علم الباحثة) .

ثانياً) قد تساهم هذه الدراسة في فتح آفاق جديدة أمام الدارسين والباحثين لتنـاول موضـوعها وتغذيته تربوياً بطرق وأساليب علمية مختلفة ومن جوانب متعددة .

ثالثاً) قد يتيح هذا الجهد الفرصة للطلاب في ميدان العلوم الإنسانية للبحث في كافة الجوانـب الشخصية والاجتماعية للمعاقين، كما أنه قد يحفز الطلاب المعاقين للسير بخطى حثيثـة نحـو الدراسة الواثقة لكل ما يحيط بهم، سواء على الصعيد التربوي أو الفكري فلا حـدود لقـدرات

الفرد إن عززت بالإيمان والإرادة والتصميم، قال صلى الله عليه وسلم : " لو تعلقت همت أحدكم بالثريا لنالها " (مسلم) .

رابعاً) قد تساهم الدراسة الحالية في بيان خطورة الاضطرابات السلوكية على توافق الأطفال الصم والمكفوفين مع ذواتهم وبيئتهم ؛ مما قد يدفع بالمهتمين بهم لوضع آليات للتغلب عليها إما بعلاجها أو التقليل من آثارها السلبية على توافقهم أو على سلوكهم الاجتماعي كأقل تقدير .

خامساً) إشعار المسؤولين بضرورة وضع برامج وآليات للتخلص من الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المعاقين كأحد الأساليب التي قد تساهم في سلامة توافقهم النفسي وسهولة تكيفهم الاجتماعي .

سادساً) قد تدعم الدراسة الحالية التوجه لبناء قاعدة بيانات قوية يمكن الارتكاز عليها في التنسيق مع المسؤولين عن مؤسسات المعاقين ودعم هذه الفئة لتكون مصدراً للعطاء لا مدعاة للشفقة والإحسان أو فريسة للنبذ والإهمال أو ضحية للحرج والانسحاب .

متغيرات الدراسة

ولتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة الحالية فقد اعتمدت الباحثة على الكشف عن طبيعة العلاقة بين نوعين أساسيين من المتغيرات هما المستقلة والتابعة .

فضمت المتغيرات المستقلة كل من الاضطرابات السلوكية (مضطرب، غير مضطرب) والجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله)، مرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي)، نوع الإعاقة (صم، مكفوفين)، درجة الإعاقة للمكفوفين (جزئي، كلي) .

بينما تمثل المتغير التابع في التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين .

مصطلحات الدراسة

حوت الدراسة بين جنباتها جملة من المصطلحات الأساسية، والتي يمكن الإشارة إليها وتوضيحها **إجرائياً** كما يلي :

1- **الاضطرابات السلوكية** وهي جملة من السلوكيات اللاتوافقية التي يسعى المقياس المستخدم في الدراسة الحالية للكشف عن شدتها لدى الأطفال عينة الدراسة وتشمل اضطراب السلوك، الاكتئاب، اضطراب التفكير، الانسحاب الانفعالي، النشاط الزائد، القلق، اضطرابات التواصل والكلام، اللازمات العصبية، والتي يتحدد مدى ظهورها وفقاً لتقديرات الملاحظين التي تسجل على مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين المستخدم في هذه الدراسة .

2- **التوافق النفسي** وهو عملية دينامية مستمرة يحاول فيها الطفل تحقيق قدر مــن الاتــزان والرضى والتواؤم والانسجام مع ذاته وبيئته، ويشمل أبعاد أربعــة هــي التوافــق الشخــصي والمدرسي والأســري والجسدي، وهي تلك التي تجسدهــا عبارات مقياس التوافق النــفــسي للأطفال الصم والمكفوفين الذي أعدته الباحثة .

3- **الأطفال الصم** وهم أولئك الذين يعانون من قصور شديد في قدراتهم الــسمعية، بحيــث لا يتمكنــون من اكتساب أو استخدام اللغة اللفظية والاستفادة من بقايا حاسة السمــع لديهم ــ إن وجدت ــ في التفاعــل بشكل سليم مع المثيرات السمعيــة من حولهم، ويتلقون تعلــيمهم فــي مؤسسات الصم الخاصة والممثلة ضمن مجتمع الدراسة .

4- **الأطفال المكفوفين** وهم الأطفال الذين لديهم نقص واضح في شدة ومجال الرؤية، ويتلقون تعليمهم الخاص في مؤسسات مجتمع الدراسة والتي تضم المكفوفين جزئياً وهم الأطفال الــذين يمكنهم الاستفــادة من بقايا الإبصار لديهم في اكتســاب المعرفة مع توفر المعينــات الطبيــة والأدوات المساعدة وتم تصنيفهم في الدراسة على أنهم من تكون لديهم درجة الإعاقة متوسطة أو أقل من ذلك، وكلياً وهم الذين حالت درجة إعاقتهم الشديدة أو فقدهم الكامل لحاسة الإبصار من استخدام أعينهم في التعلم حتى مع توفر المعينات الطبية ومواءمة الكتب الدراسية وعليــه فهم من كانت إعاقتهم بدرجة شديدة أو حادة أو كلية، وقد استندت الباحثة فــي تحديــد درجــة الإعاقة بالنسبة للأطفال المكفوفين على التقديرات المتبعة في كل من مركز النــور ومدرســة النور والأمل (مجتمع الدراسة) .

حدود الدراسة

طبقت الدراسة الحالية ضمن حدود معينة اشتملت على ما يأتي :

أ-**حدود زمانية** : بحيث تم تطبيق أدوات الدراسة على الطلاب الصم والمكفوفين خلال الفصل الثاني للعام الدراسي (2004-2005م)

ب-**حدود مكانية** : وتشمل المؤسسات التعليمية الخاصة بالصم والمكفــوفين الحكوميــة منهــا والأهلية في جميع محافظات قطاع غزة .

ت-**محددات نوعية** : ومنها كون جميع أفراد عينة الدراسة من الطــلاب الــصم والمكفــوفين الذين تراوحت أعمارهم ما بين (7 - 16) سنة، ويدرسون في المرحلتين الابتدائية وما بعــد الابتدائية، وتم استثناء جميع الطلاب الذين يعــانون من أي نوع من أنواع الإعاقــة الأخــرى (غير موضوع الدراسة، كالجسدية والعقلية والنفسية)، إضافة إلى الطلاب الذين يعانون مــن الصمم وكف البصر في نفس الوقت .

الفصـــــل الثـــــاني

الإطـــــار النـــظـــــري

المبحث الأول : الاضطرابات السلوكية

التعريف ــ المحددات ــ نسبة الانتشار ــ التصنيف ــ الأبعاد

خصائص الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية

الوقاية من الاضطرابات السلوكية

المبحث الثاني : التوافق النفسي

التعريف ــ الأبعاد ــ الأساليب ــ المؤشرات ــ نظريات التوافق

التوافق النفسي من منظور إسلامي

معوقات التوافق النفسي

المبحث الثالث : الأطفال الصم والمكفوفين

الإعاقة ــ تعريفها ــ انتشارها ــ تصنيفاتها

واقع المعاقين في الإسلام ــ المعاقين في القوانين والتشريعات

أولاً : الصـــم

التعريف ــ نسبة الانتشار ــ أسبابه

الفصـــل الثـــاني

الإطار النظري

تمهيد

بعد أن تم تحديد التساؤلات التي تحاول الدراسة الحالية الإجابة عليها والأهداف التي يمكن أن تتحقق من خلال عملية تطبيقها والأهمية العلمية والاجتماعية الكامنة وراء إجراءها فـــي هـــذا الميدان وعلى النحو المتبع في تطبيقها، ومن ثم وضع حجر الأساس للانطلاق فعليـــاً للتنقـــل تدريجيـــاً ـــ وبخطوات ثابتـــة ـــ نحو عملية التطبيق السليـــم لها من خـــلال عـــرض أهـــم المصطلحات التي استندت إليها ووضع تصور لمتغيراتها وطبيعة تلـــك المتغيـــرات وأخيـــراً الحدود النوعية والزمانية والمكانية لها، أتى دور الترسيخ الفعلي لجوانـــب الدراســـة الحاليـــة وذلك عن طريق الإبحار بين ربوع التراث النظري لكل مصطلح من مـــصطلحات الدراســـة على حدا وتسليط الضوء المركز حول ما أثير حول كل منهم من آراء مـــن قبـــل البـــاحثين والمختصين ضمن الميادين الإنسانية المختلفة ويتضح هذا جلياً من العرض المجمل والمـــوجز لما يتعلق بالاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي والأطفال الصم والمكفوفين من جوانب لهـــا دورها البناء في إعطاء الدارس فكرة موجزة عن كافة الجوانب المتعلقة بهذه الدراسة، وعليـــه فإن هذا الفصل سيتضمن ثلاثة مباحث أساسية متمثلة في :

أ- الاضطرابات السلوكية

ب- التوافق النفسي

ت- الأطفال الصم والمكفوفين

المبحث الأول

الاضطرابات السلوكية

تقديم

إن الصحة هي أعظم ما يبحث عنه الإنسان ؛ لكونها أكثر الأمور التي يمكن أن تسهم بشكل كبير في تعزيز قدرته على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته، كيف لا ؟! وهي تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى، وبما أن النفس والجسد كل لا يتجزأ فالصحة النفسية هي أيضاً من أبرز جوانب الصحة التي يبحث عنها الإنسان سواء في علاقته مع ذاته أو بيئته، ويسعى بشكل مستمر للوصول إليها من خلال محاولاته الدائمة للتغلب على ما يمكن أن يعترضه من مواقف ضاغطة وإحباطات قد تعكر صفوه ؛ لكونه " يتمتع بقدرات خاصة (تسمى بالعتبة النفسية)، تمكنه من استيعاب المثيرات، فإن فاضت تلك المثيرات عن الحد وعجزت ميكانيزمات الجسم الدفاعية عن التكيف معها ؛ أدى ذلك إلى الاختلال في السلوك مما يتسبب في ظهور السلوك العدواني ــ غالباً ــ والذي قد يوجه ضد الأفراد أو الكائنات الحية والجمادات المحيطة به، أو على النفس فيؤدي ذلك إلى الانهيار العصبي أو الانتحار ". (القاضي، 1994 :50)

أو غير ذلك من أوجه الاضطرابات السلوكية التي قد تظهر لدى الطفل محاولة منه لتحقيق نوع من الانسجام مع البيئة المحيطة به أو التخلص من مشاعر الصراع والإحباط التي يتعرض لها كنتيجة للضغوط المختلفة ذات الأثر المباشر أو اللامباشر على شخصيته، فبدلاً من أن تساعده على التمتع بالتوافق النفسي (الذي قد يعتبر أحد أوجه الصحة النفسية)، تراها تلقي به في شباك الانتقاد والألم والهم النفسي، لكونها من الممكن أن تلازم سلوكه وقد تصبح سمة مميزة له، وعليه فإن الضغوط النفسية والاجتماعية وما يتبعها من تأثيرات سلبية على واقع الأطفال الصم والمكفوفين (والتي يمكن أن تنجم عن إعاقتهم وفقدهم أساليب اتصال هامة وضرورية في كافة مجالات الحياة) قد تدفع بهم لإبداء ميل لا شعوري نحو إظهار أي من السلوكيات المضطربة كأحد أساليب التعويض أو التهرب من مشاعر الحرمان والنقص والإحباط ؛ رداً على ما يواجهونه من صراعات داخلية ذاتية أو خارجية بيئية، فتصبح الاضطرابات السلوكية عائقاً جديداً يحول بينهم وبين محاولاتهم للوصول للتوافق النفسي المنشود .

ومع أن العديد من الدراسات أشارت إلى السلوك العدواني ــ كأبرز تلك الاضــطرابات ــ إلا أن لهــا ثمة العديد من الأبعــاد الأخرى فمنها ما هو ذا طابــع انفعالي كالقلق والاكتئـــاب والانسحاب الانفعالي ومنها ما يطبع بصبغة سلوكية مباشرة كاضطرابات التفكير والتواصـل واللازمات العصبية والنشاط الزائد واضطرابات المسلك والتصرف التي يعد العدوان ذاته أحد أشكالهــا، فهي جميعها قد تترك أثراً واضحاً على شخصية الطفل وبنــاؤه النفــسي وبالتــالي مستوى توافقه النفسي، وما الأطفال الصم والمكفوفين من ذلك ببعيد، فقد تكون إعــاقتهم أحــد العوامل المحفزة لظهور تلك الاضطرابات، مما قد يعكس نمطاً لا توافقياً يــدفع بهــم تحــت سنابك اللاسوية السلوكية وخاصة في ظل ذلك المجتمع (الــذي لــم يــرحم بفكــره حــالهم وطبيعتهم، وقرر عزلهم لإعاقتهم)، فتأتي هي بدورها لتخمد كل محاولات دعمهم، فتزيد مــن عزلتهم وتحفهم بوابل من الانتقاد، وهذا ما لا ترغب الباحثــة فــي أن يــؤول إليــه الحــال، وخاصة إذا خرجت تلك السلوكيات في حدتها عن كونهــا اضطراب لتصبح ــ إن أهملــت ــ مرضــاً يصعب علاجه، وتصبح العزلة والانتقاد والصراع أمور لا مفر منها في ذلك الحين، وبما أنه لم يطرق باب الاضطرابات السلوكية بقوة من قبل الباحثين والمختصين فــي ميــدان المعاقين، فقد جاءت الباحثــة ــ بخطوات متواضعــة ــ لتهمس في آذان المهتميــــن بهــم ؛ لضرورة عدم إغفال هذا الجــانب، وذلك من خلال الدراسة الحاليــة التي تسعى للكشف عــن علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين، وســتعرض في هذا الجانب جملة من الموضوعات المتعلقة بالاضطرابات السلوكية وفق مــا تــراه مــن الممكن أن يخدم هذا الميدان ضمن الدراسة الحالية على أقل تقدير .

واقع مفهوم الاضطراب بين مصطلحات اللغة

ولأن اللغة العربية غنية بالمعاني والألفاظ فقد تم عرض لفظ " اضــطراب " علــى المعــاجم اللغوية، فوجد أنها شغلت مواقع عدة استندت في مجملها إلى كونه الحركــة وعــدم الثبــات، ويتضح ذلك فيما يأتي :

ذكر (الزمخشري، ب.ت) أن اضطرب تقال مجازاً في الأمر إذا اضــطرب: لا يــسد منــه خصم إلا انفتح خصم آخر . ويأتي اضطراب بمعنى التفكك فيقــال مــشية فيهــا اضــطراب واسترخاء دلالة على التفكك .

أما (الجوهري، ب.ت) فيفيــد بأن اضطراب بمعنــى بجبجة، والبجبجة تعني شــيء يفعلــه الإنسان عند مناغاة الصبي، وتأتي دلالة على اضطراب لحم الرجل الــسمين، فيقــال: رجــل بجاج وبجاجة . وتأتي بمعنى النبض والنبض يعني اضطراب العرق .

وعند (الصاغاني، ب.ت) تأتي اضطرب بمعنى رجف، فيقال رجف القلب إذا اضطرب من الفزع، قال ابن الأعرابي :

قالت سليمى إذا رأت حفوفي   مع اضطراب اللحم والشفوف

وأتت اضطراب في هذا البيت دلالة على حركة الجسم والشفاه .

وينحى (الفراهيدي، ب. ت) نفس المنحى السابق فيقال: عن القلب إذا اضطرب عند الفزع : جاش النفس رواع القلب، ويأتي بمعنى حث فيقال : حثحثه اضطراب البرق في السحاب .

ويذكر (إبن سيده، ب. ت) أن الاضطـراب بمعنى حثحثـه فقد حض بعضهم به اضطراب البرق في السحاب . وتأتي اضطرب بمعنى أيكن السيف.

بينما يذكر (الطلاقاني، ب. ت) أن اضطـرب بمعنى أزح العرق ونبض . حركة الـسراب، فيقال : الشخص شخصين من اضطراب السراب .

وأما (الزبيدي، 1966) فيؤكد أن اضطرب بمعنى أزح العرق ونبض أي تحـرك . وتـأتي عكس بصص بصاص أي شديد لا اضطراب فيه .

في حين أتت عند (الأزهري، ب. ت) اضطراب بمعنى الثبج، دلالة على اضطراب الكـلام وتفنينه .

وعند (ابن دريد، ب.ت) اضطرب بمعنى ألل، فيقال : ألا الفرس يأل ويؤل ألا إذا اضطرب في مشيه، ودلاة على التدافع إشارة إلى اضطراب أمواج البحر .

وبنفس المعنى جاء (ابن منظور، 1990) فذكر أن ألا الفرس يؤل أي اضطرب .

الاضطرابات السلوكية من وجهة نظر المختصين

تعد محاولة إعطاء تعريف شامل ومتكامل للاضطرابات السلوكيـة (يكون بالإمكـان الاتفاق على مضمـونه ومفرداته) أمرٌ ليس بالسهـل على الباحثين والمختصين فـي ميـدان علـم النفس، ولا تكمن الصعوبـة في قلة التعريفات فحسب، بل تظهر فـي " تعـدد يـشوبه عـدم الوضوح وعدم التمـايز لهذا المفهوم بما يجعله مختلفاً عن المصطلحـات النفسية فـي هـذا الميدان " (يوسف، 2000 :28)

ذلك علاوة على ما تتصـف به من نسبية، فقد يظهر الأطفـال المضطربين سـلوكياً أنماطـاً سلوكية طبيعية ويظهر الأطفال العاديين أنماطً سلوكية مضطربة، إضافة إلى أن هناك عدد من

المسميــات التي يلجأ الباحثين والمختصين إلى تعريف الاضطرابات السلوكية من خلالهــا أو استخــدامها كمصطلح بديل عن الاضطرابات السلوكية، ومن أهمها الإعاقة الانفعالية وســوء التوافق الاجتماعي والسلوك غير التكيفي واضطرابات الشخصية . (العزة، 2002 :31)

وللخروج من دائرة الخلط بين المفاهيم والتباينات فيما بينها فسيتم عرض لجملة من التعريفات التي أعطاها الباحثين والمختصين لمصطلح الاضطرابات السلوكية .

يرى (Ross, 1974 :14) بأنها اضطراب سيكولوجي يتضح عندما يــسلك الفــرد ســلوكاً منحرفاً بصورة واضحة عن السلوك السائد في المجتمع الذي ينتمي إليه، بحيث يتكــرر هــذا السلوك باستمرار ويمكن ملاحظته والحكم عليه من قبل الراشدين الأسويــاء من بيئــة الفــرد نفسه .

ويطفي " كوفمان " على مفهومها صبغة اجتماعية، حيث يشير إلى أن الأطفــال المــضطربين سلوكياً هم أولئك الذين يستجيبون لبيئتهم بطريقة غير مقبولة اجتماعياً وغير مرضية شخصياً، وذلك بشكل واضح ومتكرر، إلا أنه يمكن تعليمهم سلوكاً مقبولاً ومرضياً اجتماعياً وشخصياً . (السرطاوي وسيسالم، 1987)

وعبــر (سوين، 1988 :353) عنهــا بلفظ الاختلالات العصابيــة والتي عرفــــت بأنهــا اضطرابات انفعالية تستخــدم فيها بعض الأعراض الثابتــة للتغلب على القــلق والصراعات، وتمثل في أساسها حيل دفاعية يعتمد الفرد عليها اعتماداً زائداً محاولة منه لتجنــب صــعوبات الحياة ومشاكلها بدلاً من مواجهتها والتعامل معها مباشرة، وقليلاً ما تعبر عن عجز تلك الحيل عن تناول ضغط الحياة .

ويرى (الدسوقي، 1988 :171) أنها مفهوم عــام يشير إلى شكل من أشكــال عدم الــسواء Abnormality الذي لا يرتبط بعلة أو بأعراض عضوية معينة، ويؤثر فــي التوافــق العــام والاجتماعي، وتتسم بكونها أولية، وتعتبر استجابات لبيئة غير ملائمة ومن أشــكالها العــادات غير السليمة واضطرابات الجناح وسوء السلوك كالشجار والعصيان والكذب والــسرقة وقــد تظهر في سمــات عصابية معينة كاختلالات الوجه وتقلصــات العادة مثــل النــشاط الزائــد والمخاوف أو كمشاكل دراسية وتربوية .

أما (شيفر وميلمان، 1989 :401) فيشيران إلى أنها مجموعة متنوعة من السلوكيات الغيــر مقبولة اجتماعياً، وتضع الطفل في حالة صراع مع ذاته والمجتمع، وتنجم بدورها عن أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة والاعتماد على الغير .

ويوضح (كفافي، 1990 : 428-429) أنها نتاج لحــالات الفشل والإحباط المتكــرر يرتد خلالها الفرد في سلوكه لمراحل عمرية أقل، أي أنه لا يتصرف وفق لمعايير المجتمع السوية،

ويشعر من خلالها بالقدرة على خفض التوتر وإشباع الرغبات، وتتسم بالاستمرار ما استمر تعرض الفرد لمواقف ضاغطة من صراع أو إحباط، سعياً لتحقيق درجة من التكيف أو التوافق الظاهر، مع علمه الجزئي ببعدها عن معايير السوية .

وأورد (حمودة، 1991 : 131) أن البعض يرى بأنها عبارة عن النمط الثابت والمتكرر من السلوك العدواني أو غير العدواني، بحيث تنتهك فيه حقوق الآخرين أو قيم المجتمع الأساسية أو قوانينه المناسبة لسن الطفل في البيت أو المدرسة ووسط الرفاق وفي المجتمع، على أن يكون هذا السلوك أكثر من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاجات الأطفال والمراهقين .

وتسير " بهادر " في نفس الدرب فترى أن الاضطرابات السلوكية هي جميع الأفعال والتصرفات التي تصدر عن الطفل بصفة متكررة أثناء تفاعله مع البيئة والمدرسة، بحيث لا تتمشى مع معايير السلوك المتعارف عليها والمعمول بها في البيئة وتشكل خروجاً ظاهراً عن السلوك المتوقع من الفرد العادي، وتصف من تصدر عنه بالانحراف وعدم السواء. (قاسم، 1994 :112)

واعتبرها (أسعد، 1994 :20) اضطرابات ذات طبيعة سلوكية تتفجر في ظل شرائط أو عوامل ترجع إلى جراثيم الضغوط النازلة بالفرد، وقد يعجز علم الطب والطب العقلي أو النفسي بسبب بحثهما عن المكونات العلائقية للظاهرة في الوجود العضوي للفرد، عن أن يفهما العديد من الاضطرابات السلوكية التي تضرب الناس، ومن الخطأ إلصاق صفة المرض على الكثير من الاضطرابات النازلة بسلوك الكائن البشري، واقترح تسمية علم النفس المرضي بعلم الاضطرابات السلوكية .

وتشير في رأي " Smith " إلى عدم التوافق الاجتماعي الذي يتضمن سلوكاً ينتهك القواعد، ويقرر كل من " Grosenick & Huntze " ضرورة استبدال مصطلح الاضطراب الانفعالي بمصطلح الاضطراب السلوكي، ويعللان ذلك بأن مصطلح اضطراب السلوك يتضمن مفهوم عدم التوافق الاجتماعي ويتجنب التأثير الواصم Stigmatizing impact الخاص بالوصف وبصعوبات تصورية مرتبطة بتعريفات الاضطراب الانفعالي، هذا ويفيد " Pratt " بأنها أي تصرف غير سوي بدرجة كافية تستحق المساعدة من أخصائي نفسي أو اجتماعي . (قاسم، 1994 :110)

ويعتبرها " حنا " مرضاً فيرى أنها تنتج عن اضطراب التفكير وضعف الإرادة، حيث يكون سلوك المريض نمطياً جامداً وتتجزأ حركاته ويبدو فيها العرقلة، وقد يقوم بحركات دورانية حول نفسه تدل على اضطراب التفكير وشذوذه وينزوي بعيداً عن المجتمع، هذا ويؤكد " الشرقاوي " على أنها أنماط السلوك غير السوي، وتعتبر في أصلها عادات سلوكية تعلمها الفرد أثناء احتكاكه بمجالات حياته المختلفة، وتعلم أن يسلك أياً منها ليزيل التوتر الناشئ من

بعض دوافعه المرتبطة بأحد مواقف هذه المجالات، وهي عبارة عن أسلوب فاشل من أساليب توافقه مع بيئته، وتخضع لقوانين التعلم واكتساب العادة . (فرج، 1998 :79-80)

ويذهب (ثابت، 1998 : 78) للقول بأنها مجموعة من الاضطرابات التي لا يرضى عنها المحيطين بالطفل، وتتسم بالتكرار على نحو قد يسبب تأخر في النمو، ومصحوباً بالتعاسة، وتنتهك فيه حقوق الآخرين، ويصعب تعلم السواء في المجتمع .

ويعرفها " الأشول " بأنها حالة مرضية تشير إلى أفعال الشخص غير الملائمة، أو تتسم بالتعويق، ومن الممكن أن تتصف بالعدوانية والتدمير، وبالتالي تعوق الخدمات التربوية المقدمة لمثل هؤلاء الأفراد، مما يتطلب خدمات خاصة لهم . (فرج، 1998 :79)

وأفادت (يونس، 2000 :351) بأنها مصطلح عام يعني تلك الاضطرابات التي لا تدخل في نطاق الأمراض العصابية والذهانية، ولذا فهي تنحصر في المشكلات السلوكية للأطفال، والحالات السوسوباتية Sociopath والسيكوباتية Psychopath .

إلا أن (القاسم وآخرون، 2000) أكدوا على أنها الشذوذ والابتعاد المتكرر لسلوك الفرد عما اتفق عليه وفقاً لمعيار محدد (بغض النظر عن نوع هذا المعيار).

أما (يوسف، 2000 :32) فيرى بأنها أي اضطراب يلحق بالسلوك الإرادي بكافة أشكاله سواء كان عدوانياً أو لم يكن، ينتهك القيم والمعايير أو لا ينتهكها، يخالف توقعات المجتمع في شكلها العام، يتكرر باستمرار ويمكن ملاحظته وقياسه، ولا يعتبر مظهراً لاضطراب آخر كالعصاب أو الذهان أو الأمراض العضوية، أي أن يكون أولياً، وعادة ما يحدث في مرحلتي الطفولة والمراهقة .

وأشار إليها (زهران، 2001 :11) بمصطلح السلوك اللاسويAbnormality Behaviour والشخص اللاسوي هو الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره ونشاطه، فتجعله غير متوافق شخصياً وانفعالياً واجتماعياً .

وتخضع في رأي (عبد الخالق، 2001 :151-152) إلى حكم الجماعة فهي مصطلح عام يشير إلى أي اضطراب وظيفي أو شذوذ في السلوك ليصبح غير مقبول أو غير ملائم اجتماعياً، مع تأكيده على نسبية المعايير الاجتماعية .

وعمدت (أحمد، 2003 :68) للتأكيد على أنها جملة من السلوكيات المضطربة أو الشاذة التي يلجأ إليها الفرد لتخفيف حدة التوتر النفسي المؤلم، وحالات الضيق الناشئة عن الإحباط المستمر ؛ لعجزه عن التغلب على العوائق التي تعترض إشباع دوافعه بعد أن يعجز عن حل مشاكله بالطرق المباشرة التي تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة .

ويفيد (عبد الرحمن وحسن، 2003 :304) بأنها حالة تبدو أفعال الفرد فيهـا غير مرغوبـة ومزعجة، وقد تكون ضارة لحد يعوق عملية التعلم ؛ مما يجعله بحاجة إلى خـدمات خاصـة لمواجهتها .

وأوضح (هنلي وآخرون، 2004 :43) أن التلاميذ ذوو الاضطرابات السلوكية هـم أولئـك الذين يظهرون مشكلات سلوكية ملحة ومتسقة تشتت تعلمهم وتعلم الآخرين وتخل بـه، وقـد يطلق عليهم لفظ المضطربين انفعالياً Emotionally Disurrbed إلا أنه يـدل علـى أحـد أسباب ظهورها، بينمـا يعد مصطلح المضطربين سلوكيـاً Beheviour Disordered أكبر وصف لهذا القطاع من التلاميذ .

ويؤكد (الخطيب، 2004 :559) على أنها النمط الثابت والمتكرر من السلوك العـدواني أو غير العدواني، وتنتهك فيه حقوق الآخرين وقيم المجتمع الأساسية أو قوانينه، وغير المناسـبة لسن الطفل في البيت والمدرسة ومع جماعة الرفاق وفي المجتمع .

ويتبين من خلال تلك التعريفات لمفهوم الاضطرابات السلوكيـة مدى التداخل والتباين بينهـا وبين المصطلحات ذات العلاقة بها، وبالتالي مستوى الصعوبة في إمكانية تحديد تعريف لهـا، ويمكن إرجاع ذلك الاختلاف بين تلك التعريفات لعدد من العوامل التي من أبرزها :

1- وجود مشاكل في قياس الاضطراب السلوكي .

2- عدم وجود اتفاق واضح حول مفهوم الصحة النفسية السليمة .

3- إتباع كل نظرية من نظريات الاضطرابات السلوكية منهجاً خاصاً بها .

4- اختلاف درجة ونوع التأثير الثقافي على الأطفال واختلاف المعايير الاجتماعية للـسلوك المناسب من مجتمع لآخر، وقد ترتبط الاضطرابات السلوكية بإعاقة أخرى خاصة في حالات التخلف العقلي . (القاسم وآخرون، 2000 :14)

وفي ضوء تلك العوامـل، وما تلعبه من دور كبير في جعل إمكانيـة الوصول لتعريف محدد ودقيق لمفهوم الاضطرابات السلوكية أمراً غاية في التعقيد، وخروجاً مـن دائـرة الاخـتلاف والاصطدام وبعد الدراسة المتفحصة للتعريفات السابقة ووفقاً لأهداف الباحثة فقـد ارتـأت أن تتبنى تعريف (باظه،2001 : 6) والتي ترى بأن الاضطرابات السلوكية ما هي إلا مجموعة من الاضطرابات في علاقة الطفل مع الآخرين أو مع ذاته، وتظهر آثار الإعاقـة، ويتـضمن أبعاداً سبعـة هي اضطراب السلوك، الاكتئـاب، القلق، اضطراب التفكير، النـشاط الزائـد، الانسحاب الانفعالي، اضطراب التواصل .

ومع أن الباحثة لجأت إلى استخدام مقيـاس (باظه، 2001) للاضطرابات الـسلوكية كـأداة يمكن الاستناد إليها في تطبيق الدراسة الحالية (فهي الأداة الوحيدة التي ركزت علـى قيـاس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين)، إلا أنها اضطرت لإضافة بعد ثـامن

إلى أبعاد ذلك المقياس تحت مسمى " اللازمات العصبية "، حيث ترى الباحثة أنـــه لـــيس مـــن الممكن إغفالها فهي اضطرابات سلوكية تنجم عن الشعور بالنقص أو الحرمان، ومن شأنها أن تؤثر على فهم الفرد لذاته وعلاقته مع الآخرين من حوله علاوة على كونها نمط سلوكي يمكن قياسه، كما أنها بدت بصورة كبيرة لدى الأطفال الصم والمكفوفين، فقد لوحـــظ وجودها أثنـــاء العمل الميداني التطـــوعي للباحثة في مؤســـسات المعاقين المختلفة (والذي دفع بها للاحتكاك المباشر معهم) فقد كانت تظهر في الغالب على نحو ملحوظ ومتكرر ؛ بدافع جذب الانتباه أو التخفيف من حدة الضغوط والصراعات التي يتعرضون لها، وتسعى الباحثة بشكل جـــاد مـــن خلال الدراسة الحالية للكشف عن كافة الجوانب المتعلقة بالاضطرابات السلوكية لدى الأطفـــال الصم والمكفوفين، أملاً في جذب اهتمام الباحثين لدراستها ووضع البـــرامج التـــي يمكـــن أن تساهم في الوقاية منها، أو والتغلب عليها أو علاجها، أو التخفيف من آثارهـــا الـــسلبية علـــى شخصية هؤلاء الأطفال .

محددات الاضطرابات السلوكية

ليس من السهل إعطاء محددات ثابتـــة للاضطرابات السلوكية يمكن من خلالها الحكـــم علـــى السلوك، حيث أن لكل مجتمع محدداته ولكل مدرسة رأيها ونظرتها الخاصة في هذا المضمار، كما أن لكل مختص أو باحث وجهة نظر يستند إليها اتجاهه، وللاقتراب أكثر مـــن المحـــددات الأساسيـــة للاضطرابات السلوكية كـــان لا بد من عرض بعض الآراء للباحثين والمختـــصين نحوها ؛ بغية الوصول إلى صورة قد يتفق عليها معظم من أورد تلك المحددات ويكـــون مـــن شأنها المساعدة في إرساء قواعد سليمة يرتكز عليها ضمن الدراسة الحالية، وذلك على النحـــو التالي :

فقد أشار " Kirk " إلى أنها تتألف من أفعال لها أثر معوق لتوافق الطفل أو تتـــدخل وتعطـــل حياة الآخرين، وأوضح " Pate " أن الطفل يكون مضطرباً حين يبلغ درجة من عدم الملاءمة والانتظام في حجرة الدراسة العادية فيشتت بقية التلاميذ ويعطل المدرس ويعرضـــه لـــضغط مفرط وغير ضروري ويؤدي لمزيد من اضطراب وانزعاج الطفل ذاته،وأضاف " Bower " إلى تلك المحددات ثلة من السمات التي قد يظهر بعضها لدى الطفل ومنها تدني مستواه العلمي دون أسباب عقلية أو حسية أو صحية، عجزه عن تكوين علاقـــات بـــين شخـــصية جيـــدة أو مستمـــرة مع من حوله، عدم ملاءمـــة سلوكه ومشاعره مع مواقف حياته، الـــشعور بالكـــدر والتعاســـة وظهـــور أعراض نفسجسميـــة لديه بدرجة ملحوظـــة وعبـــر فتـــرات زمنيـــة طويلة . (هنلي وآخرون، 2004 :196- 197)

ويرى (ثابت، 1998 :78) أنه ثمة بعض السمات المحكية للاضطرابات السلوكية وتشمل ظهور السلوك بشكل متكرر قد يتسبب في تأخر نمو الطفل، ويصاحبه شعور بالتعاسة الواضحة، انتهاك حقوق الآخرين، ويصعب تعليم الطفل السواء في المجتمع .

أما " دافينوس ونيل " فيؤكدان على أنها تتحدد في الحدوث المتكرر وانتهاك المعايير والتعاسة الشخصية والعجز أو سوء التوظيف وعدم التوقع . (يوسف، 2000 :24)

وبنفس الاتجاه أشار (عبد الخالق، 2001 :152-153) إلى أن كل من القصور الاجتماعي والتحكم الذاتي وعدم تحمل الإحباط والألم الذاتي أو الضيق، وظهور علامات وأعراض وعدم تناسب السلوك مع الموقف وغرابة السلوك وعدم ومعقوليته وصعوبة التنبؤ به هي المحددات الأساسية للاضطرابات السلوكية .

وأورد (دافيدوف، 1980) أن محددات السلوك المضطرب (الشاذ) تتمثل في قصور واضطراب العمليات العقلية المعرفية والانحرافات السلوكية وقصور السلوك الاجتماعي والتوجيه والتحكم الذاتي واضطرابات الإرادة والتعطل الحسي والحركي والمعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة من مشاعر القلق والضيق والأسى وعدم الارتياح والحزن والاضطراب الانفعالي وعدم تحمل الإحباط وانعدام المقدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها ومواقفها العصيبة أو ضعفها .

وذكر كل من (شعبان وتيم، 1999 :90-91) أن من الممكن استخدام ثلة من محددات ومحكات السلوك الشاذ أو المضطرب المتمثلة في قصور النشاط المعرفي والسلوك الاجتماعي والتحكم الذاتي والضيق، مع التأكيد على ضرورة تحديد درجة السواء أو غيره، ومستوى التكيف عند الفرد، ويمكن تسميتها متصلة السواء والشذوذ .

وأكد (موسى، 2001 :34-35) أن الاختلاف في النمط والشدة والمدى والمدة هي محددات لا بد من أخذها بعين الاعتبار عند تحديد الاضطرابات السلوكية .

وذكرت (كازدين، 2003 : 33) أن ثمة سمات تميزها وتشمل حدة واستمرارية وتكرار السلوك وحدوث العديد منها معاً وتعطيل الأداء الوظيفي اليومي .

هذا ويفيد (القاسم وآخرون، 2000 : 21) بأن هناك ثلاث محكات أساسية لها وهي انحراف السلوك عن المعايير الاجتماعية ودرجة ومدة تكرار السلوك واختلاف معايير الحكم على السلوك باختلاف المجتمعات والثقافات .

بينما لخص (يوسف، 2000 : 35) المحددات التي يمكن أخذها بعين الاعتبار عند الحكم على الاضطرابات السلوكية فيما يأتي :

1- أن تظهر هذه الاضطرابــات ــ عادة ــ في مرحلة مبكرة من حياة الفرد، خاصة مرحلة الطفولة والمراهقة سواء استمرت أو اختفت فيهما أو تعدتهما لمراحل تالية .

2- أن تكن وظيفية وليست عضوية .

3- أن تكون أولية وليست ثانوية كأعراض لاضطرابات أخرى .

4- أن تكون ذات ثبات وبقاء نسبي .

5- ألا تقتصر على الأشكال العدوانية والعنيفة .

6- ألا تحدد بانتهاكها للقيم والمعايير السائدة .

7- أن تكون قابلة للملاحظة والقياس .

8- أن تكون من أشكال السلوك الإرادي الخاضع للتحكم والمرشد بالبصيرة والذكاء .

ومما سبق يتضح مدى التقارب أحياناً والاختلاف الكبير أحياناً أخرى في آراء الباحثين نحــو محددات الاضطرابات السلوكية، وبالمقارنة الموضوعية بين كل منها وبين ما ترغب الباحثــة في التركيز عليه وتناوله ضمن هذه الدراسة وجد أنها تميل بشكل كبير إلى تلــك المحــددات والمحكات التي عرضها (يوسف، 2000 :35) ؛ لكونها أكثر موضوعية ودقة مقارنة بمـــا أوردها غيره، وتتفق إلى حد كبير مع نفس الاتجاه الذي تحاول الباحثة السير نحوه، فهي ترى بأن الاضطرابات السلوكية حالة تتسم في شدتها ودرجتها بالوسطية بين كل مــن المــشكلات السلوكيـــة والمرض النفسي، وهي ليست عرض لمرض نفسي أو نتـــاج لمــرض عقلـــي أو مصاحبة لإعاقـــة ما، وغير ذلك من المحددات التي ذكرت سابقاً .

نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية

وبمقدار الصعوبـــة التي واجهت الباحثين والمختصين في إعطاء تعريف موحد والاتفاق على محددات دقيقـــة للاضطرابـــات السلوكية كانت إمكانية الوصول لنسب ثابتـــة توضـــح مـــدى انتشارها في أي مجتمع ــ حتى في ظل التطور الواضح في أساليب وأدوات القياس النفسي ــ فتحـــديد مدى انتشارهـــا يعتمد في قلتـــه وكثرته بين الأطفـــال على طبيعة كـــــل منهمـــا، بالإضـــافة إلى الأدوات المستخدمـــة في تقويم التلاميـــذ والأفراد الذيـــن يقومون بالتقويـــم . (هنلي، 2004 :201- 203)

ومع ذلك فقد كانت هناك عدة محـــاولات من قبل المختصـــين لإعطاء نسب تقريبية لتوضيح مدى انتشارها، يعد الاستناد إليها فرصة ملاءمة لوضع تصور أولي عن ذلك في فلسطين، وقد كان أبرزها على النحو التالي:

فيشير تقرير (مؤتمر هيئة الصحة النفسية للأطفال، 1970) إلى أن شكلاً من أشكال الرعاية النفسية مطلوب لنسبة تصل بين (10 ــ 12%) من أي مجتمع طفولة أو شباب، بينهم ما لا يقل عن (2%) بحاجـــة لرعاية أخصائييـــن ومعالجين نفسيين، وما نسبته (8 ــ 10 %) يمكن رعايتهم بواسطة أفراد متخصصين مثل الأخصائي النفسي فـــي المدرســـة أو بمعرفـــة مدرس متخصص للمعوقين . (القاسم وآخرون، 2000 :67)

وأظهرت دراسة " Tuma " أن نسبة (11%) من الأطفـــــال فـــي الولايـــات المتحــــدة الأمريكية يعانون اضطرابات نفسية وعقلية . (يوسف، 2000 :49)

ويقرر المعهد القومي للصحـــة العقلية أن هناك ما نسبتـــه (10%) من الأطفال في مدارس المراحل العامة بالولايات المتحدة تتصف بالاضطراب الانفعالي وهـــم بحاجـــة إلـــى إرشـــاد سيكاتري، وهناك ربع مليون طفل على الأقل يعانون اختلالات سيكاترية أقل خطورة ويتلقون الخدمات سنوياً في عيادات الصحة العقلية . (سوين، 1988 :660)

وأكدت (كازدين، 2003 :25) على أن نسبة انتشارها بين الأطفال الذين تتراوح أعمـــارهم بين (4 ــ 18) سنة بمعدل (2 ــ 6%) تقريباً، وهذا يعني أن هناك (1.3-3.8) مليون طفلاً يظهرون اضطرابات سلوكية .

وأشارت الدراسات كما أورد (العزة، 2002 :34) إلى نسب تتراوح ما بين (1 ــ 15%)، في حين تعد نسبة (2%) هي المعتمدة في كل الدول، ومعظـــم المضطربين ســـلوكياً تكـــون درجتها لديهم من المدى المتوسط ونادراً ما تكون شديدة أو شديـــدة جداً ويكثر ظهورها لـــدى الذكور، ويقـــل حدوثها نسبياً لدى طلاب المرحلة الأساسية وتبلغ ذروتها في فتـــرة المراهقـــة لتنخفض بعد ذلك، ولكل نوع منها نسب خاصة به.

ووفقاً لما أورده كل من (العزة، 2002 :34) وتقرير (مؤتمر هيئة الصحة النفسية للأطفال، 1970) عن نسبة انتشار الاضطرابات السلوكية في أي مجتمع،وتبعاً لما أفـــاد بـــه الجهـــاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عن عدد سكان الأراضي الفلسطينية حتى نهاية العام (2005) والمقدرة بحوالي (3986813) فرداً، فإن عدد المواطنين الذين يعانون نوعاً أو أكثـــر مـــن الاضطرابات السلوكية قد يصل إلى (79736) فرداً تقريباً .

وفي دراسة مسحية أجراها (برنامج غزة للصحة النفسية، 2001) على المستفيدين من إحدى عياداته، تبين أن نسب المضطربين سلوكياً من بينهم وفقاً لأبعاد الاضطرابات السلوكية (التي اهتمت بها الدراسة الحالية) وكانت كما يلي :

جدول رقم (1)

نسب أبعاد الاضطرابات السلوكية

الاضطراب	نسبة الذكور	نسبة الإناث	المجموع
اضطراب التصرف والمسلك	%2.5	%1.54	%4.04
الاكتئاب	%5.67	%2.58	%8.25
اضطراب التفكير	%0.83	%0.71	%1.54
النشاط الزائد	%0.73	%0.3	%1.03
الانفعالي	%1.44	%0.69	%2.13
القلق	%2.16	%3.47	%5.63
اضطرابات التواصل	%1.72	%0.66	%2.38
اللازمات	%0.1	%0.04	%0.14
الإجمالي	%15.15	%9.99	%25.14

المصدر : برنامج غزة للصحة النفسية ، فلسطين 2001

وتجدر الإشارة إلى أن معدل الانتشار يكون بصفة عامة عالياً حين يبدي المدرسون آرائهم حول الأنماط السلوكية المزعجة وليس عند المطابقة بين سلوك تلاميذهم ومحكات محددة للاضطرابات السلوكية، فقد وجد أن معدلات الانتشار المدركة من قبل المدرسين تشير إلى أن نسبة (12.6%) من التلاميذ لديهم مشكلات سلوكية خفيفة و(5.6%) لديهم مشكلات سلوكية متوسطة و (2.2%) لديهم اضطرابات سلوكية حادة، وأكد Paul and Epinchan على أن معدل الانتشار (11%) من المجتمع المدرسي الكلي، وهذا يبلغ ما بين (6 ــ 8) ملايين تلميذاً لديهم اضطرابات سلوكية وانفعالية (هنلي، 2004 :203)

ولأهمية رأي المدرسين في تقييم سلوك الطلاب وتحديد شدة أي اضطراب سلوكي قد يظهر لديهم فقد استندت الباحثة في تسجيل الملاحظات وتقييم شدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين لاستجابات المدرسين على عبارات المقياس .

تصنيف الاضطرابات السلوكية :

ومع أن " الهدف من عملية تصنيف الاضطرابات السلوكية هو المساعدة في تنظيم المعلومات التي من شأنها أن تساهم في وصف الظاهرة السلوكية وتحديد أبعادها ؛ مما يؤدي إلى تقديم الخدمات العلاجية المناسبة للطفل الذي يعاني من اضطراب في السلوك ". (يوسف، 2000 : 48)

إلا أن عملية التصنيف لم تكن بالأمر اليسير ؛ وذلك لأنه ثمة تداخل كبير بين أعراضها وأعراض المرض النفسي والعقلي، كما أنه لم يكن بالإمكان إيجاد تصنيفات تفصل بينها وبين الاضطرابات النفسية – بل إن بعض التصنيفات اعتبرتها إحدى مجموعات الاضطراب النفسي أو العقلي، هذا بالإضافة إلى ضرورة توخي الدقة والحذر في عملية التشخيص والتصنيف للاضطرابات السلوكية، فليس بالأمر الهين الحكم على الطفل بأنه مضطرب سلوكياً فقد تصدر عنه بعض السلوكيات التي يعتبرها الراشدون اضطراباً مع أنها عندما تصدر عنه فإنها تكون شيئاً مقبولاً لتناسبها مع عمره والمتطلبات العقلية والسلوكية والانفعالية والاجتماعية لمرحلة النمو التي يجتازها . (Bazaurs, 1971 :56)

وفي الاتجاه الآخر يوجد ثمة تصرفات كثيرة تصدر عن الأطفال ولا تمثل جزءاً من مقتضيات النمو الانفعالية أو الاجتماعية أو العقلية، وهي بحاجة إلى التشخيص المبكر وتتطلب التدخل العلاجي، وهذا ما يمكن تقريره استناداً إلى تلك البحوث التي تدرس مراحل النمو عند الأطفال في مجتمعات مختلفة . (إبراهيم وآخرون، 1993 : 24)

ولكي تقترب الباحثة أكثر من إمكانية إيجاد فرصة مناسبة لتصنيف الاضطرابات السلوكية كان لا بد من عرض بعض وأهم التصنيفات المعطاه لها من قبل المهتمين بهذا الميدان، والتي جاءت كالتالي :

فيضع (عكاشة، 2003 :727- 729) تصنيفاتها ضمن تصنيف عام للاضطرابات الإنمائية والنفسية والسلوكية في الأطفال، فكان من بينها الاضطرابات السلوكية والانفعالية ذات البداية المتعلقة بالطفولة أو المراهقة وتشمل اضطراب فرط الحركة واضطراب المسلك والاضطرابات المختلطة في المسلك والانفعالات والاضطرابات الانفعالية المحددة ذات البداية في الطفولة كالقلق وتنافس الأخوة واضطرابات الأداء الاجتماعي مثل الصمت الاختياري واضطرابات اللوازم واضطرابات السلوك والمشاعر كالتبول اللاإرادي الغير عضوي واضطراب الأكل والوحم في الطعام غير المغذي واضطراب الحركة النمطية والتمتمة والقلقلة .

وأورد " الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية بالجمعية الأمريكية للطب النفسي، 1994 " تصنيفها تحت مجموعات كبرى تحمل عنوان الاضطرابات التي تشخص عادة في المهد والطفولة والمراهقة، وكان من بينها صعوبات التعلم، اضطراب المهارات الحركية، اضطرابات التواصل، والاضطرابات النمائية المنتشرة كالذاتية أو الإجترارية Autism واضطراب Rett واضطراب عدم التكامل الطفولي و Asperger Disorder وصعوبات الانتباه والسلوك المشوش ويشمل اضطراب الانتباه والنشاط المفرط، اضطرابات المسلك أو التصرف Conduct disorder، اضطرابات الأكل، اضطرابات اللوازم . وغيرها . (يوسف، 2000 :51-52)

وبشيء من الوضوح صنفتها " رابطة علماء النفس الأمريكيين، 1952 " إلى اضطرابات ذات أسباب نفسية ومنها اضطرابات ظرفية وعصابية وتكيفية والذهانات الوظيفية واضطرابات الطبع، وأخرى ذهانية عضوية وتضم اضطرابات الدماغ الحادة أو المزمنة واضطرابات إفراز الغدد الصماء . (أسعد، 1994 :48)

وأعطى " Mores and al " للتلاميذ المضطربين سلوكياً تصنيفاً نفسياً تربوياً تمثل في خمس فئات هي العصاب وأمراض الدماغ والفصام والسذاجة والشخصية غير المؤثرة بينما حدد" كوي " أربع فئات أساسية للاضطرابات السلوكية هي اضطرابات التصرف والشخصية وعدم النضج والجنوح الاجتماعي . (القاسم وآخرون، 2000 :81- 86)

هذا وجعلها (الدليل العالمي العاشر لتصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية لهيئة الصحة العالمية، 1992) كواحدة من مجموعات الاضطرابات النفسية (الشخصية والسلوكية) . (يوسف، 2000 :50)

إلا أن (سوين، 1988 :665) أكد على أن أبرز الفئات التي يمكن تصنيف الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة ضمنها تتمثل في اضطراب العادات واختلالات التعلم وتشمل اضطرابات القراءة والكلام، اختلالات الخلق وتتمثل في الجنوح، اختلالات السيكوفيسيولوجية وتضم الربو والقيء الدوري، الاضطرابات العصبية ومنها الفوبيا والاستجابة التحولية والوسواس القهري وتوهم المرض، الاختلالات الذهانية، الاختلالات العضوية وتضم إصابات المخ والصرع .

بينما تشير (أحمد، 2003 :68) إلى أنه بالإمكان تصنيف الاضطرابات السلوكية إلى الاضطرابات العصابية وتشمل القلق العصبي والوسواس القهري والعصاب الرهابي والهستيريا، الاضطرابات الذهانية الوظيفية كالفصام والبرانويا، الاضطرابات الذهانية العضوية ومنها الضعف العقلي والصرع، الاضطرابات النفس جسمية، الاضطرابات السيكوباتية وهي الاستجابات الضد اجتماعية .

ومن الملاحظ أن معظم التصنيفات السابقة جعلت الاضطرابات السلوكية إما ضمن الاضطرابات أو الأمراض النفسية أو أضافت إليها اضطرابات تعكس خلل عضوي أو مرض نفسي أو عقلي، وهذا ما يوقع عملية التصنيف في دائرة الخلط والتداخل التي حاولت الباحثة تجنبها (قدر الإمكان)، حيث ارتأت أنه يمكن تصنيفها إما استناداً لدرجة الاضطراب وحدته، (بسيط أقرب إلى المشكلات السلوكية، متوسط الشدة، شديد يقترب من المرض النفسي، أحد خصائص المرضى النفسيين ويمكن أن يكون عرض لاضطراب عقلي)، أو طبيعة الاضطراب السلوكي سواء كان مسلكياً كاللازمات العصبية والنشاط الزائد والعدوانية واضطرابات التواصل والكلام، أو انفعالياً وجدانياً كالقلق والاكتئاب والانسحاب الانفعالي، أو ذهنياً كاضطراب التفكير، هذا وقد تصنف تلك الاضطرابات وفقاً لسبب أو تاريخ ظهورها .

أبعاد الاضطرابات السلوكية

وتعمد الدراسة الحالية إلى الإبحار في ميدان الاضطرابات السلوكية انطلاقاً من أبعاد ثمانية متمثلة في اضطراب المسلك والاكتئاب واضطراب التفكير والنشاط الزائد والانسحاب الانفعالي والقلق واضطرابات التواصل والازمات العصبية ، وللاطلاع أكثر على طبيعة تلك الأبعاد فسيتم تناول كل منها بقدر من التفصيل الموجز، وذلك كالتالي :

أولاً) اضطراب السلوك

ويحوي هذا البعد بين طياته العديد من السلوكيات التي تنعكس بشكل أساسي على علاقة الطفل مع ذاته والآخرين وكل ما في البيئة من حوله على حد سواء، ولذا فهو غالباً ما يحمل (كمجموعة سلوكيات) الصبغة العامة للاضطرابات السلوكية ويتحلى باسمها بينما يطلق عليه المختصين مسمى " اضطرابات المسلك والتصرف "، وللاقتراب منه بشكل مناسب كان لا بد من عرض شيئاً مما أعطاه المختصين له وإن كان ذلك تعريفاً أو أعراض أو مسببات، وغير ذلك مما يمكن إجماله من خلال عرض بعضاً من آرائهم على النحو التالي :

فيحدد (شيفر وميلمان، 1989 :353- 424) مظاهره في العدوان وتنافس الأشقاء والعصيان ونوبات الغضب وحدة الطبع، باعتباره السلوكيات المؤذية للآخرين نفسياً أو جسدياً، وقد تكون احباطات الحياة اليومية والشعور بالغيرة دافعاً لظهوره .

وتذكر (فهيم، 1993 : 177- 268) أن نوبات الغضب والبكاء والعصبية والشجار والعناد والسرقة والكذب والهروب والتخريب اضطرابات سلوكية تنشأ نتيجة الغيرة، أو الشعور بالقلق أو النقص أو الاضطهاد وفقد الثقة بالنفس وعدم الإحساس بالأمن أو حب السيطرة والتملك

والرغبة في الظهـــور أمام الآخرين أو القســـوة والعنف الوالدي والخلافات الأسرية المتكررة وعدم التوافق بين الوالدين .

ويعبر عنه (ثابت، 1998 :78) بمصطلح السلوكيات السيئة غير الاجتماعية ؛ لأن تــصرف الطفل لا يكون مقبول بأي مقياس اجتماعي، فتكون علاقاته سيئة مع الأصدقاء والأهل، ومـــن أمثلته العدوانية وانتهاك حقوق الغير وتدمير الممتلكات .

واعتبر (شاذلي، 1999 :227) الكذب والسرقة والعدوان من مظاهره السلوكية أمـــا الغيـــرة والغضب والعصبية من مظاهره الانفعالية الخارجية.

والطفـــل فيه يصر عند (حقي، 2000 :112) على التصـــرف بطريقة غير اجتماعيـــة أو عدوانية أو متحديـــة، ويرجع غالباً لأسباب بيئيـــة، ويستثنى منه من يسوء مـــسلكـــه بـــسبب اضطرابات وجدانية أو فصامية .

ويتضمـــن عند (باظه، 2001 :13) العدائية وعدم التعـــاون والسلبية والمقاومة للتعـــــامل والغضب والمعارضة أو المخالفة .

ويضم عند (عبد الخالق، 2001 : 380) أنواع من السلوك السلبي كالعناد والتحايـــل الـــذي يعبر عن عدوان دفين، والاتكالية ونقص الثقة بالنفس والاكتئاب وتسويف الأمـــور وتأجيلهـــا للإضرار بالآخرين وليس بالنفس وانتقاد السلطة ورفض الاقتراحات المثمرة .

بينما يظهر الأطفال في رأي (جلال، 1986 :202) عدواناً وعنفاً يرتبط بأفعـــال كالـــسرقة والتخريب والانحراف، وغالبـــاً ما تكون هذه السلوكيات على حساب حقـــوق الآخرين، ومما يؤرق مهنيي الصحة النفسيـــة أن ما نسبته (35- 40%) من أولئك الأطفال يصبحون فيمـــا بعد مجرمون .

وهم عند (عبد الرحمن وحسن، 2003 : 23) يظهرون نمطـــاً مستمراً من انتهـــاك حقـــوق الآخرين والمبادئ والقواعد المتفق عليها، إما بمهاجمة الآخريـــن بالعدوان والاعتداء الجنسي، أو سلوكيات عدم القدرة على المواجهة كالسرقة والهروب والإدمان وهي أقـــل تـــأثيراً علـــى الآخرين، والبعض منهم لديه خليط من هذين النمطين .

ومع تعدد مظاهر اضطراب السلوك أو المسلك والتصرف، إلا أن العدوان بكافة أشكاله كـــان من أبرز تلك المظاهر، ولذا فقد عمدت الباحثة للتركيز على بعض الآراء التي أثيـــرت نحـــوه من قبل المهتمين بهذا الميدان، وذلك كما يلي :

فيرى " Scott " بأنه النزعة إلى ابتداء المقاتلة، وهو استجابة مرهونة بعـــدة عوامـــل تـــشمل الوراثة والسمات الفسيولوجيـــة والأخلاقية والاجتماعيـــة والحضارية وطبيعة السلوك المثالي والواقعي . (موسى، 2000 :52، 56)

وتعتبره (يونس، 2000 :386) من الأعراض الأولية للاضطراب النفسي، وهو عام ومستمر دون سبب، ويمثل استجابات عنيفة تضم الشعور بالغضب والعداء، وقد يكون وسيلة لتعويض الشعور بالنقص أو فقدان احترام الذات وعدم الأمن.

وعرفه (سعفان، 2001 :215) بأنه سلوك يهدف لإيذاء شخص آخر، وقد يكون موجهاً للآخرين أو للممتلكات أو للذات أو للحيوانات، وثمة اضطرابات سلوكية أخرى ترتبط به كالسرقة وتجاهل حقوق الآخرين والكذب الناتج عن الكراهية والحقد والذي يظهر بشكل واضح مع بداية الطفولة المتأخرة .

وقد أكد (فايد، 2001 :13) على أنه أي سلوك يتسم بالأذى أو التدمير أو الهدم سواء كان موجهاً ضد الآخرين أو الذات، وإن عبر عنه بشكل بدني أو لفظي .

ويعزي (الخطيب، 2004 :592) ظهوره لتقليد الآخرين ومحاكاة الأقران، وهو أي سلوك يحاول به الطفل إيقاع الأذى أو الضرر المادي أو المعنوي لهدف ما، ويتوقف نوعه على عوامل عدة منها الحكم الاجتماعي والثقافي والبيئي والاقتصادي والصحي والإحباط النفسي هو المسئول الأول عن نشأته لدى الطفل .

وإذا كانت ملاحظة السلوكيات هي أبرز دوافع ظهور هذا الاضطراب فذلك يعني أن غالبية أبناء الشعب الفلسطيني يعانون من اضطراب المسلك المتمثل في العدوان ؛ لما يشاهدونه ويعيشون في كنفه يومياً من ممارسات الاحتلال ضد كل ما هو فلسطيني من شتى أنواع العدوان والعنف الجسدي والنفسي والاقتصادي والسياسي وحتى البيئي والصحي، وإن كان الإحباط هو المسئول الأول عن ظهوره فما أكثر الإحباطات والصراعات التي يعانونها صغاراً وكباراً، وما حال المعاقين منهم ببعيد فمع تلك الممارسات الاحتلالية تجد أن معظم أبناء هذا المجتمع الصابر قد تقولبت نفوسهم بممارسات سلبية غير آبهة بمشاعر الآخرين، أو تقلل من أهميتها إما بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال الإقصاء والتهميش أو حتى الرفض، وللأسف فإن الضحية هم المعاقون الذين ابتلاهم الله تعالى بنقص في كفاءتهم الجسدية لسبب ما ليجدوا من حولهم يحاسبهم على اختيار الله لهم بهذا البلاء، فتبدأ مسيرة الإحباط والصراع تتوغل مع كل محاولاتهم لإثبات ذواتهم وتحقيق رغباتهم، فهل الصم والمكفوفين من ذلك المنظور مضطربين سلوكياً وبمعنى آخر عدائيين ؟!

إن الدراسة الحالية جاءت لتثبت أن اضطراب السلوك ليس بمدى الانتشار كما هو متوقع وفقاً لتلك المسببات (ومع عدم إمكانية إنكار وجوده)، فقد احتل المركز الرابع في مستوى ظهوره وشدته لدى الأطفال الصم والمكفوفين على حد سواء، وذلك وفقاً لما أشارت إليه الصورة الوصفية الأولية لنتائج تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية المستخدم على عينة الدراسة . (انظر ملحق رقم " **13** ")

ثانياً) الاكتئاب Depression

إن طبيعة الحياة وما فيها من تباينات يجعل من وجود المتناقضات في المشاعر سمة لحياة الإنسان، فكما يمكن أن تمر عليه أوقات من السعادة فيمكن أن ترد في مذكراته لحظات من الحزن والكدر (مما يدل على سلامة بناؤه النفسي)، ولكن الخطر في امتداد تلك اللحظات لتصبح بكل تبعاتها سمة مميزة لسلوكه، فتراه يتهاوى بين أنياب داء الاكتئاب فيظهر إما بسيطاً كمشكلة توسم سلوكه أو اضطراب يلازمه إلى حد كبير وفي أسوأ الأحوال مرضاً لا ينفك عنه بسهولة فيودي بحياته إن استسلم له ولم يقاومه، وقد يكون الاكتئاب في حد ذاته عرضاً لاضطرابات سلوكية أخرى أو أمراض نفسية أو عقلية، ومن الملاحظ أنه يرتبط في عقول غالبية الناس بالمراهقين، فيعتقدون أنه من الصعب الربط بينه وبين الأطفال، وفي الحقيقة إن معظم صغار السن يعانون منه، ولا يدرك أي من الآباء والأمهات والأطفال أنفسهم شيئاً مما يتعلق به. (مود، 2004 :7)

ولأهميته وأثره على سلوك الأطفال وجد بين هذه الأبعاد، وذلك محاولة للكشف عن مدى ظهوره لدى الأطفال الصم والمكفوفين، وخاصة في ظل الضغوط والصراعات المحيطة بهم، وما إن كان ذا أثر فعلي على توافقهم النفسي أم لا، وستتناول هذه الزاوية عرضاً لبعض ما تناوله الباحثين عنه ؛ لوضع تصور ميسر له ولجوانبه المختلفة ..

فعن تعريفه أفاد (مراد، 2004 :5) بأنه حالة من الحزن والهم ينسحب معها الفرح والسرور تدريجياً ويصيب الفكر حالة من البلادة والسكون ويقل النشاط والحيوية ويبعد الإنسان عن المجتمع والناس .

وفي نفس الاتجاه أشار (الخطيب، 2004 :574) إلى أنه حالة من الحزن الشديد تنتاب الفرد لإحساسه بالذنب والعجز والدونية واليأس وانخفاض مستوى الانتباه والتركيز والانسحاب الاجتماعي ؛ لتراكم العديد من الاضطرابات النفسية في سنوات الطفولة المتأخرة وفشله في تحقيق رغباته وإحساسه بالعجز والتشاؤم .

وذكر (شاذلي، 1999 :133) أنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن ظروف أليمة، وتعبر عن شيء فقد ذاتياً أو اجتماعياً، وهو اضطراب وجداني يصيب الجنسين والكبار والصغار من كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية على السواء .

وعرفه (شيفر و ميلمان، 1989 :166) بأنه حالة من الشعور بالحزن والغم تصحب غالباً بانخفاض في الفاعلية .

وأورد " مخيمر " أنه يعبـــر عن حالة فقدان الحب واستشعار الإنهجـــار، وتكون الأعـــراض الاكتئابية في شدتها محاولة لإنكار صفة الكبت والألم والمعاناة . (عيد، 1997: 201)

وبمنحى آخر ذكر (كفافي، 1990 : 446) أنه استجابة حزن وأســـى وقنـــوط لحـــادث أو لموقف ما، تستمر لفترة طويلة وتكون على درجة من الشدة .

في حين أوضح (ثابت، 1998 : 52) أنه عبارة عن اضطرابات تتميز بنقص مـــستمر فـــي الوجدان وانعدام الشعور بالفرح واللذة في الحياة .

واكتئاب الأطفال Anactitic Depression في رأي (العيسوي، 2000 : 62) نـــوع مـــن الاكتئاب العصابي الذي يظهر عندما يحرم الطفل من الإشباع والتأييد العاطفي .

وبالنسبة لأعراضه فقد اتفق معظم الباحثين عليها فأشاروا إلى إن من يعاني من خمـــس مـــن أصل تسعة سمات (مع التأكيد على ضرورة ظهور أول سمتين) اعتبر مكتئباً وهي تغير في المزاج العام للأسوأ، فقد الرغبة أو الاهتمام بمعظم أو كل الأشياء، قلة النشاط والحركة، نقص أو زيـــادة واضحة للوزن، اضطراب النوم، الهيـــاج أو الهدوء النفسي والحركـــي، الـــشعور بالإجهاد والتعب وعدم القدرة على العمل، الإحساس بالسوء وعدم الراحـــة والقلـــق وزيـــادة الإحساس بالذنب مع عدم وجود أسباب لذلك، قلة الرغبة في التفكيـــر أو التركيـــز بـــصورة مستمرة توالي وتكرار التفكير في الموت .

وذكرت (باظة، 2001) أنه يشتمل على اكتئاب المزاج والـــشعور بـــالنقص واضـــطرابات الشهية والنوم وانخفاض الثقة بالنفس والتفكير أو التهديد وحتى محاولة الانتحار.

هذا وأكد " شعلان " على أنه يظهر عند الأطفال بصورة فقدان للـــشهية أو الـــرفض للطعـــام والقيء والإمساك مما يضعف مقاومتهم للأمراض ويجعلهم عرضة للإصابة بالعضوية منهـــا أو النفس جسمية، أما نفسياً فيؤدي إلى فقدان الرغبة في التعامل مع الآخرين والاهتمام بالبيئة، الحزن والبكاء . (باظة، 1999 : 11)

ويرى (آدم، 2003 : 294) بأنه عبارة عن مجموعة من السلوكيات تتضمن (إضافة إلـــى ما سبق ذكره) الشعور بالملل والمخاوف، والتي تنجم عن شعـــور الطفل بفقد ما إما لإصابة جسمية، أو فقد أحد مصادر الحب، وما علاجه إلا بإزالة أسبابه .

وينظر " Strongman " إليه على أنه يتضمن مجموعات خمسة من السمات هي مزاج حزين وفتور الشعور، مفهوم ذات سلبي، رغبـــة في تجنب الأشخاص الآخـــرين، فقـــدان الـــشهية العصبي والرغبة الجنسية، تغير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل وأحياناً فـــي شـــكل استثارة . (فايد، 2001 : 63)

وعن مدى انتشاره فلا بد من التأكيد على أنه يختلف باختلاف المتغيرات الفيزيقية والبـــشرية، فقد أورد (مـــراد، 2004 :16) بأن حوالـــي (26%) من النســـاء يعانين منه مقـــــارنة بـــ (12%) من الرجال، وقد ثبت أن (28%) من المرضى المترددين علـــى العيـــادات النفسية يعانون من حالات اختلال مزاجية ومن بينها الاكتئاب، ويبلغ عدد المصابين بـــه فـــي مصر ما يقرب من ستة ملايين مكتئب .

وقرر " Sartrius " أن ثمة أكثر من مليون نسمة في العالم يعانون من اضـــطرابات اكتئابيـــة حددت إكلينيكياً، في حين دلت إحصائيات هيئة الصحة العالمية (1978) أن نسبة الاكتئـــاب في العالم حوالي (5%) . (عسكر، 2001 :19)

ويشير (مود، 2004 :7) إلى الإحصائيـــات التي أظهرت بأن اثنين من كل مائة طفل تحت سن (12) سنة وخمسة من كل مائة طفل مراهق يعانون من الاكتئاب .

أمـــا " Amenson & Levinsohn " فقد أوردا أنه أكثر الاضطرابـــات الوجدانية شـــيوعاً، حيث ينتشر بنسبة (5%) كمرض، وبنسبة (1-10) كنوبة اكتئابية تنتهي بحوالي (25%) بعد مرور شهـــر بدون مساعدة أو عـــلاج، و (50%) بعد ثلاثة شهور بدون ذلك أيـــضاً . (باظه، 1999 :100)

وانطلاقاً من ما عرضته هيئة الصحة العالمية يمكن أن يصل عدد المكتئبـــين فـــي فلـــسطين مقارنة بعدد السكان الذي أورده الجهاز المركزي للإحـــصاء الفلـــسطيني حـــوالي 199340 مكتئب، بينما قد يصل عددهم في قطاع غزة إلى 70840 فرداً مكتئباً، أما عن عينة الدراســـة الحالية من الأطفال الصم والمكفوفين فقد احتـــل الاكتئاب كاضطراب سلوكي المرتبة الـــسابعة في مستوى ظهوره لدى الفئتيـــن على حد سواء، وذلك وفقاً للدراسة الوصفية الأولية لنتـــائج تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين عليها .

ثالثاً) اضطرابات التفكير Thinking Disorder

لقد منح الله تعالى الإنسان عقلاً ميزه به عن سائر المخلوقات، وعززه بقدرات متنوعـــة يعـــد التفكير إحداها (والذي يلعب دوراً هاماً في ترتيب الأفكار وتسلسلها وترابطها وتناسبهـــا مـــع المواقف الحياتية المختلفة)، وأي اضطراب فيها ــ مهما كان نوعه ــ يمكن أن يؤثر بـــشكل أو بآخـــر على أي من وظائفـــه، ومع أنه قد يظهـــر لدى الإنسان مظهـــر ما مـــن مظـــاهر الاضطراب نتيجة لمروره بخبرات صادمة أو التعرض لضغوط الحياة بألوانها المختلفة، فـــإن الارتفاع في حدة ذلك الاضطراب قد يلقي بالناس عامة والطفل بشكـــل خـــاص فـــي دائـــرة

الصراع النفسي بما يحد من قدرته على التعبير عما يجول بداخله من أفكار وبالتالي انحــصار محاولاته المستمــرة لإشباع رغباته ؛ لما تتركه تلك الاضطرابات من تــأثير واضــح علــى علاقة الطفــل ببيئته، فهي تطبع سلوكه بجملة من السمات التي تؤثر بشكل سلبي على أدائــه وقدرته على التناغم مع مكونات البيئــة من حوله، وتعد كل مــن الهــلاوس (الإدراكــــات والخبرات الحسية غير الواقعية) والهذاءات (الأفكار والإدراكات الخاصة بالعظمة والــذات) والتخيلات الخاصة بالاضطراب الفصامي من أبرز أشكالها . (باظه، 2001 : 14)

وأفاد (جلال، 1986 : 182) بأنها تتنوع بشكل كبير فقد تبدو في أسلوب التفكيــر أو فــي شكل مخاوف وأفكار وأفعال قهرية أو على هيئة أوهام أو تدهور أو بلادة فكرية .

ويعتبر (الرفاعي، 1987 : 250) كل من الاضطراب في سياق التفكير ومحتوى الأفكــار من أبرز أشكالها .

ويضيف (كفافي، 1990 :459) أنها قد تصل إلى حد الغيرة والشك في الآخرين .

ويشير (ثابت، 1998 : 107) إلى أنها تتميز بوجود تغيرات شاذة وملحوظة فــي التفكيــر كتفكك الأفكار وغيــر معقوليتها والاعتقادات الخاطئة كالضلالات وفــي الإدراك كــالهلاوس مصحوبة بتغيرات في السلوك، وتتضح لدى الأطفال من خلال ظهــور بعــض الأعــراض المرضية كاضطراب التقليد والهلاوس والهذاءات، ويلعب كل من الوراثة والخبرات الــصادمة وسوء المعاملة الواليــة والتفكك الأسري والخلافات العائلية دوراً هاماً في إمكانية ظهورهــا لديهم .

ويذكر (شاذلي، 1999 :142) بأنهــا عبارة عن معتقــدات شاذة يعتنقها الفرد مع ســخفها الواضح ووجود أدلة تنقضها، وهي تظهر بشكل خاص في لغة الفرد وأحاديثه وعــدم تقيــده بالواقع، وعدم تماسك الأفكار وتدفقها وانتقالها من موضوع لآخر لا صلة لــه بــه، أو علــى شكــل فصامية متمثلة في الانفصــال الجزئي عن الواقع والاستغراق في خيــالات وأحــلام اليقظة والانسحاب الاجتماعي، وضعف القدرة على الاستجابــة الانفعالية المناسبة، وقد يبــدوا الطفل الذي يعاني منها غير مهتماً بنظافته الشخصية وقد يرتد في سلوكه إلى مراحل عمريــه أدنى أو ما يسمى بالنكوص .

وأشارت (يونس، 2000 : 381) إلى أن التفكيــر فيها يتميز بتأثره بحياة الطفــل الداخليــة فتسيره العقد والرغبات المكبوتة والدوافع غير المرغوب فيها اجتماعياً وتتصف أفكاره بعــدم الاتصال والبلادة الفكرية، وقد تتسلط عليه أفكار لا يتمكن من التخلص منهــا، ويغلــب علــى تفكيره الناحية الانفعالية لا المنطقية إضافة إلى الهذيان .

وتمثل عند (موسى، 2000 : 173) مظاهر ثلاث هي اللغة والأوهام والهلوسات .

ولهـا عند (عبد الخالق، 2001 : 147- 150) دروب شتى تتلخص في اضطراب محتوى التفكير ومجراه وشكله وحيازته (الوسواس واغتراب الأفكار أو سحبها).

ويؤكـد (آدم، 2003 : 254- 257) على أن من أبرز أشكالهـا لدى الأطفال التوقعـات الكوارثية، الأفكار اللامنطقية، وتنجم غالباً عن سوء المعاملة الوالديـة، والتعـرض للقـسوة والعنف سواء الجسدي أو النفسي، والتعرض للإحباط أو الخبرات الصادمة .

واضطرابات التفكير بكافة أشكالها من وجهة نظر الباحثة هي من أكثر الاضـطرابات تـأثيراً على شخصيـة الطفل عامة والطفل الأصم والكفيف بشكل خاص، حيث أنها قد تتـرك أثـراً واضحـاً على مستوى علاقته مع ذاته وبيئتـه مما يؤدي لفقده الثقة بهما وبالتالي فقدان الأمن النفسي وذلك تحت وطأة الاتصال الجزئي مع بيئته وإدراكه المنقوص لتفاعلات الواقع المحيط به .

رابعاً) النشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder

كم يشعر الوالدين بالسعادة عندما يرون صغيرهم يتمتع خلال سنوات عمره الأولى بالحركـة والنشاط والحيويـة على نحو منقطع النظير، ولكن في سن المدرسـة غالباً ما تتحـول تلـك النشاطات إلى سبب ازعاج لهم وللمدرسين ولأداء الطفل المدرسي على حد سواء، فما يكـون مقبولاً في مرحلة عمرية ما قد لا يقبل في أخرى، وهذا هو الحال في النشاط الزائد، والـذي يعتبر في عالم المدرسة أحد الأسباب التي يمكن أن تودي بالطفل إلى هاوية قـصور الانتبـاه وتدني التحصيل الدراسي، وبالتالي فهي تشكل مشكلة سـلوكية يمكـن تهـذيبها فـي أحـسن الأحوال، أو اضطراباً سلوكياً يحتاج من الجهد والوقت الكثير لخفضه أو التقليل من آثاره على أداء الطفل المدرسي في أفضل الظروف، حيث يتميز بنقص مدى الانتباه والاندفاعية الزائـدة وفرط الحركة، وفيه يفشل الطفل في توجيه يقظته نحو مثير معين لفترة مناسبة بدرجة تجعلـه موضع شكوى من الآخرين خصوصاً في الموقف التعليمي الذي يستدعي درجـة كافيـة مـن الانتبـاه لاستقبال المعلومة وفهمها وتتشتت أفكاره بسهولة ولا يتمكن من انهـاء مهامـه ولا يتمتع بمهارات الاستماع الجيد ويجد صعوبة في التركيز في النشاطات الذهنيـة، مـع أنـه لا يعاني من نقص في مستوى الذكاء وهو بحاجة لإشراف مكثف لإنجاز واجباته وكثيراً ما يلجأ إلى أسلوب النداء العلني والحديث المستمر مع زملائه في الفصل ويحاول التحرك باسـتمرار

ويسهل إخلاله بالنظام العام أو الخاص في المواقف المختلفة ويقاطع الآخرين ويقحم نفسه عليهم ولا يكف عن الحركة إلا عندما يشعر بالإعياء. (الخطيب، 2004 :565- 566)

كما أن لديه زيادة فيما لا طائل من ورائه وقلق وتململ وعجز عن التفكير وعصبية وتهور واندفاع وراء نزواته ولحوح ويتصف بالعدوانية في أغلب سلوكياته ولا يشعر بالسعادة ويصعب عليه تكوين أصدقاء، وقد يتصف بالانسحابية والرفض والخوف الشديد والتقوقع داخل نفسه خوفاً من حدوث شيء ما . (وولكر، 2003 :22- 23)

هذا ويعرفه (شيفر وميلمان، 1989 :6) بأنه حركات جسمية تفوق الحد الطبيعي أو المعقول، ويظهر من خلال النشاط غير الملائم وغير الموجه بالمقارنة مع سلوك الطفل النشط الذي تتسم فاعليته بأنها هادفة ومنتجة، وقد تكون الصدمات على الرأس والظروف البيئية والوراثة والاضطراب في إفراز الغدد أو الورم الدماغي والخلل في كهربية الدماغ أسباباً لظهوره عند الأطفال .

ويظهر في رأي (يونس، 2000 : 384) بأشكال متعددة منها زيادة النشاط والحركة وكثرة تغير النشاط لسرعة تغير الهدف منه بسبب عدم ترابط الأفكار .

وتوضح (باظة، 2001 : 14) أنه يشتمل على تشتت الانتباه وضعف تركيزه وقصر مداه وانخفاض مستوى الاستجابة اللفظية .

ورأت (رضوان، 2004 : 205) أنه أحد أنواع اضطراب السلوك الفوضوي، ويضم اضطراب التواصل Conduct disorder والتحدي المتضاد Oppositional Defiant، ويتطلب تشخيصه فقد حاد في الانتباه أو فرط في النشاط والاندفاعية .

في حين اعتبر (بوشيل وآخرون، 2004 :107) بأنه الأعراض والمظاهر الآلية لقلة الانتباه ويتمثل في النشاط الزائد والاندفاع .

بينما تذكر (حقي، 2000 :112) أنه يبدأ في أول خمس سنوات من العمر دون سبب معروف، ودرج الأطباء على تعريفه باضطراب نقص الانتباه، وقد يختفي بعد مرحلة الطفولة، وغالباً ما يصاحبه اللامبالاة والمخاطرة وعدم الالتزام وقصر البصيرة، مما يعرض الطفل للحوادث أو إصابة الآخرين بالأذى .

وأورد (عكاشة، 2003 : 759) أنه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز بالبداية المبكرة وتشابك بين مفرط النشاط وقليل التهذيب مع عدم انتباه شديد وفقدان القدرة على الاندماج، وتنتشر هذه الخصائص عبر مواقف عديدة وتكون ثابتة مع الوقت .

ويعتبر (عبد الرحمن وحسن، 2003 : 13) أن المشكلة الأساسية لدى الأطفال الذين يعانون منه هي عدم قدرتهم على ضبط سلوكهم والمحافظة عليه، ولذا فهم عادة لا يظهـــرون ســـلوكاً ملائما يناسب البيئة التي يعيشون فيها، وغالباً ما يتضح عند قيامهم ببعض المهام الـــسمعية أو البصرية وفي المواقف التي تتطلب مجهوداً عقلياً بينما يبدون كغيرهم من الأطفال عند قيـــامهم بمهارات عملية كمشاهدة التلفزيون .

وأكــد (سليمان، 1998 : 123) عــلى أنه عــرض Symptom تشترك فيـــه الكثير مـــن الاضطرابات المختلفة، فقد يكون الطفل زائد النشاط بسبب تلـــف مخـــي Braindamage أو اضطراب انفعالي أو فقدان سمعي أو بسبب ضعف عقلي .

وبالفعل فإنه يبدوا لدى الأطفال المعاقين سمعياً بشكـــل كبير، فهم يلجأون لإصدار كل ســـلوك من شأنه أن يساهم في التعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم، حيث الأطفال الصم لا يتمكنون مـــن استخدام اللغة اللفظية في عملية الاتصال مع المجتمع، وتعد الإشارات والحركات والتلميحـــات هي لغتهم ووسيلتهم الوحيدة لتحقيق ذلك، وقد أوضحت النتائج الوصفية الأولية لعينة الدراســـة أن اضطراب النشاط الزائد يتربع على عرش الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم، بينما كان أقل في المستوى من غيره لدى المكفوفين . (انظر ملحق رقم " **13** ")

وتتراوح نسبة ظهوره بين الأطفال في عمر المدرســـة الابتدائية من (3 - 5%)، كمتوســـط لكافة التقديرات التي أعطيت له . (يوسف، 2000 : 225)

خامساً) الانسحاب الانفعالي

وما إن تتملك الصراعـــات فؤاد الطفل، أو يشعر بعجزه عن تحقيق رغباتـــه أو تأخذ مشاعر النقص والشعور بالذنب منه أي مأخذ، وعندما يهمله من حوله، أو يحيطونه بجسر من الحماية الزائدة، تراه يتقوقع حول نفســـه ويضرب طوقاً منيعاً بينه وبين المجتمع، فتغيـــب مـــشاعره ويجمد سلوكه إما لفترة وجيزة ريثما يستعيد نشاطه، أو تمتد لتشكل خطراً قـــد يهـــدد ســـلوكه وعلاقته مع أقرانه ومجتمعه، ويميزه سلباً عمن سواه وهذا ما يطلق عليه الانسحاب الانفعالي، والذي تفيد (باظة، 2001 :14) بأنه يشتمل على فتور العاطفة واضطراب التجنب والصمت الاختياري.

وينشـــأ من وجهة نظر (شيفر وميلمان، 1989 :199) عن الشعـــور بالخوف وعدم الأمن والتعرض للنقد وفقد الثقة بالذات أو الإعاقة الجسمية أو الوراثة.

ويظهر في رأي (فهيم، 1993 :117) لدى الأطفـــال عند بلوغهم سن المدرسة وهو الـــسن الذي يتطلب منهم الاستقلالية ومواجهة الحياة خارج البيت والأشياء التي لم يعتـــادوا عليهـــا،

فيبدون في حالة من الخجل والتردد والانطواء والالتصاق بالآخرين والعجز عن الوقوف موقفاً إيجابياً وينجم عن تعرضهم للقسوة الو الدية أو الحماية الزائدة أوعدم مخالطة الآخرين وشعورهم بالتهديد المستمر .

ويضم عند (فالنتاين، 1994 :24) التهيج والقلق، أحلام اليقظة، عدم التركيز الفتور، الخوف والخجل، اضطرابات الإخراج، الهستيريا، سرعة التعب والإرهاق .

ويحدد (ثابت، 1998 :40) المشكلة الأساسية فيه لدى الأطفال باضطراب أحاسيسه وانفعالاته، وينجم عن ضغوط في أسرة الطفل أو مجتمعه أو ذاته ويشتمل على حالات القلق والرهاب واضطرابات نفس حركية .

وأشار (شعبان وتيم، 1999 :114) إلى كونه شكل متطرف من الاضطراب في العلاقات مع الآخرين، ومن أسبابه الخوف منهم ونقص المهارات الاجتماعية .

وقد ينجم في رأي (شاذلي، 1999 :307) عن الألم والإحباط أو النقص أو الصراعات الظاهرة أو المكبوتة خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة، ويبدو على شكل عقد نفسية عبارة عن تنظيمات انفعالية مؤلمة لا شعورية تتصل بسلوك الفرد، وقد تدفعه للقيام بسلوك شاذ تلقائياً دون تفكير مسبق .

ويتميز الأطفال المنسحبين انفعالياً بعدم القدرة على التواصل والخجل والحزن والفشل في المشاركة في الأنشطة المدرسية وفي تكوين علاقة مع الآخرين، وهم عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكهم وتصرفاتهم، ويميلون للتمرد في التفاعل معهم، وهم منعزلون اجتماعياً وأصدقائهم قليلون، وقد يلجئون إلى الخيال وأحلام اليقظة أو يعانون من مخاوف لا أسباب لها . (القاسم وآخرون، 2000 :123)

وهو عند (العزة، 2001 :111) انعزال الفرد عن التفاعل مع الآخرين مما يقود لعزلته، ويظهر نتيجة اضطرابات اللغة والكلام أو الافتقار إلى مهارات الاتصال أو اللعب المناسبة وعدم النضج الانفعالي والاجتماعي، الاكتئاب، القلق، الخوف .

وقد أكد (عبد الخالق، 2001 :151) على أن له أنواع شتى منها تأخر الاستجابة الانفعالية والتبلد الانفعالي Emotional Blunting، أي انخفاض القدرة على الاستجابة الانفعالية ونقص الشعور بالألفة والعطف والحنان وعدم التناسب بين الانفعال والمنبه الذي يثيره .

وهو بالنسبة للأطفال الصم والمكفوفين قد يكون أحد الحلول المستخدمة للتقليل من حدة الصراعات التي تختلج نفوسهم، وبالتالي فإن الباحثة ترى أنه من الممكن أن تكون ذات صدا واضح في سلوكهم .

سادساً) القلق Anixety

يعد الشعور بالقلق أمراً طبيعياً إن كان لسبب واضح ينتهي بانتهائه، ولكن قد ينتاب الفرد قلقاً دون سبب محدد يتملك كيانه ويشل أدائه وتفكيره، مما يشكل لديه اضطراباً " يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في أي مجتمع، والبعض يقول إن الحضارة الحديثة مسئولة عن كثرة حالات الإصابة به ". (كمال، 2005 :54)

وهو أساس لكل الاختلالات الشخصية واضطرابات السلوك، مع أنه قد يكون الركيزة الأولى لكل الإنجازات البشرية المألوفة أو الابتكارية . (موسى، 2000 :41)

وبالنسبة لمفهومه فيرى (الخطيب، 2003 :360) أنه شعور غامض غير سار يستثير الضيق والكدر والتوتر وتوقع تهديد الذات والخوف، ويجعل الفرد في صراع نفسي .

ويعرفه (موسى، 2000 :49) بأنه حالة من الخوف الدائم غير معروف السبب والحدود، يؤدي إلى حدوث استجابات سلوكية وفسيولوجية تؤثر في النشاط العام للفرد .

ويمثل في رأي كل من (شيفر وميلمان، 1989 :113) حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والأطفال الذين يعانون منه في الغالب أقل شعبية ومرونة وإبداع بين أقرانهم، وهم أكثر قابلية للإيحاء والتردد والحذر والجمود والفقر النسبي لمفهوم الذات، ويعتمدون على الراشدين اعتماداً زائداً ولا يعبرون عن غضبهم من الآخرين بحرية، ويؤدي في الغالب إلى حلقة مفرغة حيث يزداد مستوى التوتر واحتمالات إنكار الحقائق غير المريحة، وفي فترة المراهقة وتؤدي مشكلات الهوية إلى كثير منه .

ويذكر (زهران، 1995 :478) بأنه مركب انفعالي من الخوف المستمر بدون مثير ظاهر والتوتر والانقباض .

وقد عرفه (راجح، 1995 :169) بأنه قلق مزمن لا يكون سبب الخوف فيه ذاتياً فقط بل لا شعورياً مكبوتاً، ومن ثم يكون الفرد في حالة خوف لا يعرف له أصلاً ولا سبباً ولا يستطيع أن يجد له مبرراً موضوعياً أو مصدراً صريحاً واضحاً .

ويفيد (شاذلي، 1999 :112) بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصحبه خوف غامض وأعراض نفسية جسمية، ومع أنه غالباً ما يكون عرضاً لبعض الاضطرابات النفسية إلا أنه قد يغلب فيصبح هو نفسه اضطراباً نفسياً أساسياً .

وعند (يونس، 2000 :391) هو عدم الاستقرار الذهني والفزع الغامض والتوتر الزائد .

وفي الاتجاه الإكلينيكي اعتبره (الببلاوي، 2001 :31) حالة وجدانية غير سارة قوامها الخوف الذي ليس له مبرر موضوعي من طبيعة الموقف الذي يواجهه الشخص مباشرة، وغالباً ما ينطبع هذا الخوف على الحاضر والمستقبل معاً، ويكون مصحوباً في العادة بعدد من مظاهر الاضطراب في السلوك .

وفي منحى مختلف تماماً يذكر (إبراهيم، 1998 :103) أنه ينشأ " عن التمادي في عدم إشباع الغريزة الجنسية، لعدم تيسر الوسيلة المشروعة لإشباعها، والامتناع عن إشباعها بوسيلة غير مشروعة، مع العجز عن تصعيدها " .

ويضيفه كل من (شحادة والنجار، 2003 :239) إلى خصائص مختلف الاضطرابات النفسية ويعرفانه بأنه حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث في المستقبل .

ويظهر غالباً في رأي (بن علو، 2003 :86) إذا فشل الطفل في تحقيق أهدافه، وذلك أكثر من كونه يتأثر بعدم قدرته على إشباع حاجاته البيولوجية .

واعتبره (كفافي، 1990 :342) القاسم المشترك الأعظم في الاضطرابات النفسية وهو الحالة التي يشعر بها الفرد إذا تهدد أمنه أو تعرض للخطر أو تلقى إهانة أو أُحبط مسعاه أو وجد نفسه في موقف صراعي حاد، ويمتد في نشأته ونموه إلى خبرات الطفولة والمثيرات التي يتعرض لها أثناء التنشئة الاجتماعية .

و تشير (باظة، 2001: 14) إلى أنه يشتمل على التوتر وصعوبات النوم واضطراب الهوية وفقدان الشهية والخوف المستقبلي .

وتتجسد أعراض القلق من وجهة نظر (ثابت، 1998 :42) في التوتر والتحفز الدائم وغالباً ما يصاحبه سرعة ضربات القلب والعرق الغزير والرعشة والرجفة والشعور بالخنقة وآلام في الصدر وغثيان ووجع المعدة والدوخة وفقدان التوازن وخفة الرأس والشعور بأن الناس غرباء والخوف من الإصابة بالجنون أو الموت حرارة وبرودة في الجسم وتنميل وخدل في الأطراف وتقلصات في العضلات أو أوجاع وعدم المقدرة على الاسترخاء وزيادة الاستجابة للمثيرات وصعوبة في التركيز واضطراب النوم .

وفي مرحلة الطفولة المتأخرة يشكل الخوف من فقدان الحب من قبل الوالدين أو المعلمين أو الأتراب مصدراً أساسياً له . (أحمد، 1998 :126)

ويعد كل من رهاب الخلاء Agoraphobia والوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder من أنواعه الشديدة، إضافة للهلع Panic Disorder الذي قد يتشابه مع أمراض القلب أو المشكلات الطبية الأخرى، ولذا فلا بد من الدقة في التشخيص . (رضوان، 2004 :223)

أما أعراضه عند (آدم، 2003 :293) فضمت كثرة الحركة وعدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التعب وعدم المثابرة وسوء العلاقة مع الزملاء واضطراب واضح في النوم، ويظهر عادة عند شعور الطفل بالخطر من تهديد خارجي (الخوف من فقدان شيء) وتتسم تلك الأعراض بالاستمرار والشدة .

وتؤكد (رضــوان2004 :223)على أن نسبــة إصابة الفرد به أثناء حياته تصل إلى حوالي (15%) .

وما أشد من تأثير القلق على سلوك الأطفال الصم والمكفوفين، فالتهديدات التــي تحــيط بهــم لقصور اتصالهم مع العالم من حولهم كثيرة ومتعددة، حيث يمكن أن يشكل انفصالهم الجزئــي عن العالم واتصالهم المنقوص بالبيئة حافزاً شديداً لظهور هذا الاضطــراب لديهم، سواء كــان من الشدة بمكان ليصبح اضطراباً أو يهدد لحظات من حياتهم ليتمكنوا بعدهها مــن استعــــادة نشاطهم ودافعيتهــم لمقاومته، وأطفال عينة الدراســة من الصم والمكفــوفين شــكل مــستوى القلق لديهم حداً لا يمكن الاستهانة به فقد اتخذ موقعاً بارزاً بين ثلة الاضطرابـــــات الــسلوكية التي حاولت الدراسة الحالية الكشف عنها، وتبين ذلك من الدراسة الوصفية الأولية لواقع أبعاد الاضطرابات السلوكية المختلفة لدى أفراد العينة .

سابعاً) اضطرابات التواصل والكلام

وبما أن اللغة هي وحدة الاتصال المركزية في هذا العــالم بين الأحياء ــ مهما كان شكلها ــ، فإن إصابة أي من أعضاء التواصل واكتساب اللغة لدى الناس عموماً والأطفــال بشكل خاص تجسد خللاً فعلياً في علاقتهم بالآخرين، وإن كان أي عجز أو خلل فيهــا قــدي يحــول دون إمكانية التفاعــل السليم بين الفرد ومجتمعه، فمعاناة الأطفال الصم مــن عــدم القــدرة علــى اكتساب أو استخدام اللغة اللفظية (التي تعتبر وسيلة الاتصال الأساسية والرئيسية بينهم وبــين أفراد المجتمع الناطق من حولهم) تجعلهم بحاجة لتعلم وتطوير أساليب اتصال جديدة قد يشكل أي اضطراب فيها عائقاً جديداً أمامهم، وما حال المكفوفين بأفضل من ذلك، فكلاهمــا فقـــدا إحدى وسائل الاتصال والاستشعـــار بالبيئة ومكوناتها الفيزيقية والبشرية، ويمكن إلقاء الضوء على كل من اضطرابـــات التواصل والكلام من خلال آراء المختصين والباحثين والتي جاءت بشكل موجز كما يأتي :

يرى (العزة، 2001 :165) أن اضطراب التواصل هو عبارة عن اضطراب ملحــوظ فــي النطق أو الصوت أو طلاقــة الكلام أو التأخر اللغــوي أو في عدم تطور اللغــة التعبيرية أو الاستيعابية الأمر الذي يجعل الطفل بحاجة إلى البرامج التربوية .

وتضم في رأي (بوشيــل وآخرون، 2004 :143) كل العوامــل المؤثرة على النمو اللغوي والقدرة على تبادل المعلومات اللفظية وغير اللفظية .

في حين يعرف " Emerick " اضطرابات الكلام Aphasia بأنها عدم قــدرة الطفــل علــى ممارسة الكلام بصورة عادية تناسب عمره الزمني وجنسه، ويبدو ذلك فــي صــعوبة نطــق أصوات الكلام أو تركيب الأصوات مع بعضها لتكوين كلمات مفهومة أو صعوبة فهــم معنــى

الكلام المسموع في صورة جمل مفهومة أو عدم استخدام الكلام بصورة فاعلـــة فـــي عمليـــة التواصل مع الآخرين . (سعفان، 2001 :220)

وتشمل عند (شحادة والنجار، 2003 :53) عدة أنواع من بينها اضطرابات النطق كالحــذف Omission، الإبـــدال Substitution، والإضـــافة Addition، والتحريـــف Distortion، اضطرابات الصوت Voice Disorders وفيها اضطرابات طبقة الصوت Pitch، وارتفاعه Loudness، ونوعيته Quality، ورنينه Resonance، واضطرابات الطلاقـــة Fluency Disorders ومنها السرعة الزائدة في الكلام Cluttering Speec، واللجلجة Stuttering .

وتضم عند (ثابت، 1998 :92) غيابه أو تأخره ، البكم الاختياري أو اللجلجة .

وكان من بين مظـــاهرها التي أوردها (الخطيب، 2004 : 582- 586) التهتهـــة والتأتـــأة Stuttering & Stammering والبكم الاختياري Elective Dim .

وأفاد (زهران، 1995 :486) بأن هناك من بين أشكالها ما يظهر لدى بعض الأطفال وقــد يختفي مع النمو، أما إذا استمر وظهر في شكل مرضي فهنا يجب التدخل العلاجي ومن بـــين أعراضها تأخر الكلام وضآلة عدد المفردات والحبسة والثأثأة، والإدغام والخلط وقد يصاحبها أيضاً أعراض حركية كتحريك الكتفين أو اليدين، ونفسية كالقلق ونقص الثقة بالنفس والخجــل والانطواء والعصابية وسوء التوافق في الدراسة والعمل .

وتتسبب غالبـــاً في رأي (فهيم، 1993 :131) في شعور الطفـــل بالنقص وفقد الثقة بالنفس والعزلة، وتعتبر النظرية التي تشير لكون منشأها يرجع إلى عوامل نفسية هي أكثر النظريات العلمية شيوعاً وقبولاً، وتبدأ هذه الاضطرابات أو الصعوبات في سن الثالثـــة أثنـــاء اكتـــساب الطفل الكلام، أو السادسة عند دخوله المدرسة حيث المنافسة بينه وبين زملائه وأحياناً تبدأ في سن المراهقة والبلوغ عند التحدث مع الجنس الآخر .

وتشتمل اضطرابـــات التواصل والكلام في رأي (باظة، 2001 :14) بالنسبة للـــصم علـــى اضطراب أسلوب التواصل وانخفاض مستواه وانخفاض المشاركة مع الآخرين . أما بالنـــسبة للمكفوفين فيضمان انخفاض المستوى والمحصول اللغوي وأخطاء النطـــق وارتفاع الـــصوت أو انخفاضه والإقلال من التحدث أو الزيادة في الاستجابة اللفظية .

وبشكل عام يحدد (الروسان، 2001: 249- 252) اضطرابـــات اللغة في تأخر ظهورهـــا، فقدان القدرة على فهمها وإصدارها Aphasia، صعوبة الكتابة Dysgraphia، صعوبة التذكر والتعبير Dysgraphia & Apraxia، صـــعوبة فهـــم الكلمـــات أو الجمـــل / Echolaili Agnosia، صعوبة القراءة Dyslexia، صعوبة تركيب الجملة Language Defici، ويقدر مكتب التربيـــة في الولايـــات المتحدة الأمريكية نسبة الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية فيها بحوالي (3.5%) .

وأشار (العزة، 2001 :166) إلى أن اضطرابات التواصل هي أكثر الإعاقات انتشاراً فتقدر نسبتها بـــ(4%) وتشكل مشكلات النطق خاصة حوالي (80%) من مجموع الاضطرابات الاتصالية، ويقدر " Kirk " نسبة الشديدة منها بـــ(7%) في الصف الأول وتـــصبح (1%) في الصف الثالث الأساسي و(0.2%) في الصف الثالث الثانوي ولعل السبب في انخفاضـــها هو قابليتها للعلاج .

أما مستواها لدى أطفال عينة الدراسة الحالية فقد أوضحت الدراسة الوصفية الأوليـــة لنتـــائج تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين على أفرادها أن اضـــطرابات التواصل والكلام ترأست الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المكفوفين بينما حـــصلت علـــى المرتبة الخامسة لدى الصم .

ثامناً) اللازمات العصبية Tic & Habitual Disorders

وما إن يحاول الطفل تعويض شعوره بالحرمان حتى يبدأ في تجريب سلوكيات شعر للحظـــات أنها تساهم في خفض حدة توتره، فتراه يعيد استخدامها أملاً في التغلب على ما يواجهـــه فـــي مراحل عمره المختلفة من صراعـــات وإحباطات، لتتحول فيما بعد تدريجـــياً إلـــى لازمـــات عصبية أو عادات غير سوية لا تنفك عنه، فتوسم أدائه وفقاً لطبيعتها، مما يجعلها اضطراباً ذا أثر سلبي على شخصيته، وتأخذ في الاستمرار والشدة إن لم تجد رادعاً لها، وذلك لكونها ذات طابع نكوصي لا إرادي وغير مرغوب فيه .

وقد عرفها (سوين، 1988 :699) بأنهـــا اختلال يتسم بالتكرار الـــلاإرادي لتـــشنجـــات أو تقلصات عضلية عادة ما تكون قصيرة المدى وغير خاضعة للسيطرة الإرادية .

وتتسم في رأي (القوصي، 1975 :290) بكونها تتم بشيء من المفاجئة والسرعة والتكـــرار وعدم تدخل الإرادة كتحريك الكتف وبعض العادات السلبية كمص الأصابع .

ويرى (شيفر وميلمان، 1989 :231، 383) أنها عبارة عن تصرفات تكررت في الماضي وتم تعلمها بشكل زائد، وتتسم بمقاومتها للتغير، وتميل لأن تكون ردود فعل آلية يصعب علـــى الطفل السيطرة عليها .

وتذكر (فهيم، 1993 :158) أنها عبـــارة عن حركات عصبية لا إرادية تتخذ صفـــة العادة، وهي وسيلة للتخلص من التوتر العصبي الذي يعانيه الطفل والناجم عن وقوعه تحت الـــضغط النفسي المستمر سواء في المنزل أو المدرسة، وتشمل هز الرجل ورمش العـــين علـــى نحـــو ملفت للنظر وتحريك الأنف وجوانب الفم والرقبة، وتتصف بالاستمرار والتلقائيـــة والتتـــابع، ولا يقوى الطفل على منعها حتى وإن نبه لذلك، ويصاحبها في الغـــالب مـــشاعر الخـــوف أو

الغضب أو التقزز أو الاكتئاب والضيق وغير ذلك من الأعراض التي توحي لعدم التكيف مـــع البيئة .

وأفاد (فالنتاين، 1994 :14) أنها عادات عصبية تكون دلالة على انحراف عام تظهر غالبـــاً في حالات التوتر النفسي الشديد .

وأورد (شعبان وتيم، 1999 :141- 142) أنها جملة من الاضطرابات التي يمكن أن تقبـــل في مراحل الطفولة الأولى ولكنها تصبح صورة من صور الاضطراب إذا لوحظت فيما بعـــد، وقد يستمر ظهورها لعوامل مختلفة إما جسمية أو نفسية أو بيئية .

ويلاحظ بعضاً منها في رأي (زهران، 1995 :481) عند بعض الأطفال والمراهقين بدرجة مرضية، ومنها اللعب بأعضاء الجسم وعدم الاستقرار، ويكمـــن وراء ظهورهـــا جملـــة مـــن الأسباب التي تتمثل في القلق والصراع والإحباط، العصبية العامة والتوتر لدى الطفل أو فـــي الأسرة، الشعور بالشقاء وكثرة المشكلات غير المحلولة في حياته، الإعاقة كالعمى والصمـــم، المعاملة الأسرية الخاطئة كالحمايـــة الزائدة أو التفرقة في المعاملة والقـــسوة، نقـــص إشـــباع الحاجات الأساسية .

واعتبرها (العزة، 2001 :101- 102) مظهر سلوكي شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة من الناحية الشكلية وتتشابه في كونها غير وظيفية، وتشيع لدى الأطفال المعاقين، ومع أنهـــا لا تهدد سلامتهم أو تسبب لهم الأذى إلا أنه يجب خفضها ؛ لأنها تجلب انتباه الآخرين وبالتـــالي تكوين اتجاهات سلبيـــة عنهم، مما يحد من تفاعلهم مع البيئة، وتتسم بالفجائيـــة والتكرار دون هدف وتكون قهرية لا إرادية ومتواصلـــة، وتختلف عن المشكلات الناتجة عن أسباب عضوية مثل التشنج والرجفة فهي غير مؤلمة ولا تؤدي إلى تلف العضلات، ويتسم الأطفـــــال الـــذين يعانون منها غالباً بالقلق والوعي بالذات والحساسية وسرعة الهياج والعناد وشدة الاعتماد على الآخرين، وتصل نسبة الأطفال المعاقيـــن الذين يعانون منها إلى (65%)، ويكثر لـــدى ذوي الإعاقتين الانفعالية والبصرية فيأخذ شكل هز الجسم أو الدوران أو التحدث في الضوء .

وتجدر بالباحثة الإشارة إلى أن الكثير من الباحثين أوردها كسمة مميـــزة للمكفـــوفين، حتـــى التصق اسمها بهم (لازمات العمى)، وقد يكون السبب في ذلك من وجهة نظرها عائـــد إلـــى المحاولات التلقائيـــة من الأطفال المكفوفين لتحديد واقعهـــم في الفراغ المحيط بهم، وما أكثر الصراعات والإحباطات التي يتعرض لها الأطفـــال الصم والمكفوفين أثناء تفاعلهم مع بيئـــتهم وسعيهم لفهم ذواتهم وتحقيق قدر من التوافق والانسجام مع بنائهم النفسي ومجـــتمعهم المحـــيط بهم .

وبعيداً عن ذلك فقد أثبتت النتائج الوصفية الأولية للاضطرابات السلوكية لدى أطفال عينة الدراسة من الصم والمكفوفين أنها اتخذت من المرتبة السادسة مكاناً لها لدى كلاهما على حد سواء .

خصائص الأطفال ذوو الاضطرابات السلوكية

لا يصدر السلوك المختلف عن سلوك الأسوياء إلا عن الأشخاص الذين بلغ اضطرابهم حداً شديداً، ومع ذلك فإنهم يمرون بفترات كثيرة يكون فيها سلوكهم على درجة عالية من السواء والكثير من خصائص الشواذ تبدوا على الأسوياء كذلك، والفرق بين سلوك كل منهم هو في الشدة والملاءمة لا في صفته أو نمطه، وإن كان الشخص المضطرب شديد الحساسية، وقد يكثر من إساءة تفسير وإدراك تصرفات الآخرين إلا أنه يقدر من يعامله معاملة سوية في غير خوف ولا تهيب، والأسوياء أنفسهم يسيئهم أن يتناولهم الآخرون بحذر ويؤذيهم أن يشعر الناس في حضرتهم بالتوتر فالقلق يولد القلق والنفور يؤدي إلى الانسحاب والخشية تبعث على الاستياء . (سوين، 1988 :59- 60)

ولخصوصية الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية وطبيعة ما يمكن أن تتركه تلك الاضطرابات على مظاهر حياتهم المختلفة، فترى الباحثة في هذا الجانب ضرورة التركيز على خصائصهم العامة (إضافة إلى ما أوردته منها عند الحديث عن الأبعاد المختلفة لهذه الاضطرابات)، والتي تميز جميع الأطفال المضطربين مع تباينها من طفل لآخر، ولسوف تحاول إلقاء الضوء عليها بصورة سريعة، وذلك كما يلي :

1- قد لا يلاحظ وجودها إلا في سن المدرسة .

2- الطلاب المضطربين يتمتعون بمظهر وهيئة عامة كأقرانهم غير المضطربين .

3- غالباً ما يعانون من انخفاض في مستوى فهمهم لذواتهم وتقديرهم لها .

4- نقص الاهتمام بالعمل المدرسي، ويفضلون الدروس العملية على النظرية ويعتمدون على حواسهم في اكتساب المعرفة، ويميلون للتفاعل بشكل أفضل مع طرق التدريس المستندة للنشاط أكثر من التلقين.

5- المعاناة من ضعف مستوى التحصيل والقدرة على الإنصات الجيد، ومحدودية المهارات اللفظية والكتابية .

6- قد يتمتعون بمواهب وقدرات يغفل عنها المدرسين .

7- ترى الأطفال المضطربين يرغبون في التمتع بمزيد من الاهتمام من قبل المدرسين داخل حجرة الدراسة أو خارجها .

8- يلجأون للتسرب المدرسي أو عدم المشاركة في النشاطات المدرسية .

9- يحتاجون لمواءمة الأنشطة الصفية والاصفية مع طبيعتهم وواقعهم .

الوقاية من الاضطرابات السلوكية وعلاجها

وبما أن الاضطرابات السلوكية يمكن أن تطفي بآثارها السلبية على علاقة الطفل مع ذاته ومع البيئة من حوله فلا بد من العمل بشكل جاد على الوقاية منها فدرهم وقاية خير من قنطار علاج، وبقدر ما تكون أساليب الوقاية يسيرة حيث تتركز في تفادي التعرض لأسباب ظهور تلك الاضطرابات من خلال تجنب العلاقات السلبية بين الطفل ووالديه من جهة وبينه وبين أقرانه وبيئته من جهة أخرى، فالتمتع بحياة أسرية ملؤها التعاون والحب والتفاهم والاتزان والاحترام المتبادل والألفة ومراعاة الأساليب السليمة في اختيار الأزواج ؛ لتقليل الآثار السلبية للوراثة، إضافة إلى منح الطفل الثقة بنفسه وإحاطته بجو من الأمن النفسي والطمأنينة في كافة مجالات الحياة والاهتمام بتنشئته على الوجه الأمثل والمحافظة على صحته العامة كلها عوامل تلعب دوراً هاماً وأساسياً في خفض فرصة تعرض الطفل للإصابة بأي من تلك الاضطرابات السلوكية .

بقدر ما يشكل وجود تلك الاضطرابات عبئاً ثقيلاً على كاهل الطفل قد يهدد أمنه واستقراره وعلاقته بالآخرين من حوله، وبقدر ما تحتاجه محاولات العلاج من جهد مضني يأخذ من الوقت الكثير، مع التأكيد على كونها بحاجة ماسة للعلاج الفعال والدقيق مخافة أن تتحول من اضطراب سلوكي إلى مرض قد يهدد سلامة الفرد والجماعة على حد سواء، وبالتالي فإن من الواجب على المحيطين بالطفل المضطرب سلوكياً السعي بشكل إيجابي للتخلص منها قبل أن تلقي بظلالها على حياته وتحوله لشخص منبوذ اجتماعياً أو قاصر فكرياً وأدائياً ومحروم عاطفياً ونفسياً، وفي ظل الحاجة لذلك بالنسبة لغير المعاقين فإن الحاجة إليه لدى المعاقين هي أشد وأقوى من غيرهم وذلك لمساعدتهم على تحقيق قدر ممكن من الرضى والمساهمة فيما يمكن أن تسببه الإعاقة وحدها من ضغوط قد تؤثر على واقعهم، وستحاول الباحثة في هذا الجانب التنويه لأشكال عدة من أساليب العلاج السلوكي الفردي أو الجماعي والتي اتفق على فاعليتها جملة المهتمين والمختصين في ميدان العلاج السلوكي، وذلك بشيء من الإجمال والإيجاز .

أولاً- النمذجة : وأساسها التقليد والمحاكاة والترميز على افتراض أن الإنسان قادر على التعلم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين والتعرض بصورة منتظمة للنماذج .

ويرى " باندورا " أنها تقدم معلومات يكتسبها الشخص بوصفها تمثيلات رمزية للحدث المنمذج وتضم أربع عمليات هي الإنتباهية (إدراك حسي للحدث المنمذج)، إحتفاظيـــة Retention وفيها يترجم الحدث الملاحظ إلى دليل للأداء المستقبلي، إعادة الإنتاج الحركي (تكامل مختلف الأفعال المكونة في أنماط استجابة جديدة)، الحافز أو الدافعية . (مليكة، 1994 :104)

ثانياً- التحصين التدريجي أو التدريب العكسي Negative Practice : ويستند إلى استخدام الكف بالنقيض ومن أشكاله التحصين الجماعي، الآلي، الذاتي، الخيـــالي، الـــواقعي الفعلـــي، استجابات بديلة عن الاسترخاء، إزالة الحساسية الاتصالية .

وعلى النقيض منه يوجد الغمر Flooding فبينما يبدأ التحـــصين التـــدريجي بمثيـــرات أقـــل حساسية فإن هذا الأسلوب يبدأ بمثيرات أكثر إثارة للحساسية، وفيه يتم تقديم المثير أو وضـــع الطفل المضطرب أمام الأمر الواقع في الخبرة دفعة واحدة مما يثير التوتر ويرفع القلق عنـــده وقد يكون حياً أو خيالياً والحي هو الأفضل والأكثر استخداماً في ممارسة العلاج وفي جـــدواه وغالباً ما يستخدم في علاج المخاوف .

ثالثاً- الضبط الذاتـــــي : وفيه يحاول المعالج نقل الطفل من الضبط الخارجي لـــسلوكه إلـــى الضبط الداخلي لهذا السلوك ومن أساليبه الملاحظة الذاتية وتخطيط البيئة والبرمجة الـــسلوكية، وفي نفس الاتجاه يأتي أسلوب **تأكيد الذات** : وفيه يعمل المعالج على تعزيـــز علاقـــة الطفـــل بذاتـــه، وتدريبه على المواقف الاجتماعيـــة المختلفة من خلال لعـــب الأدوار والمـــشاركـــة الاجتماعية الفعالة وإبداء الرأي، " وتعليم الطفل السلوك التأكيدي المناسب والفعال والمعقـــول وفقاً للمعايير الثقافية والاجتماعية " . (مليكة، 1994 :110، 113)

رابعاً- الاسترخاء The Relaxation Therapy : وأساســـه العمل على تنشيط الاستجابة للاسترخـــاء والتي تصيب الفرد عند شعـــوره بالراحة ويعتمد على استخـــدام أجهزة الجـــسم التي يستطيـــع الفرد التحكم فيها للتـــأثير في الأجهزة الأخـــرى التي لا يستطيـــع الـــسيطرة عليها . (هيريون، 2005 :15- 16)

خامساً- الطرح : وهو أحد أساليب التحليل النفسي العلاجية ويعتمد على تصفيـــة الصراعات الطفلية الأساسيـــة أثناء تحليل العصاب الرئيســـي، مما يؤدي بصورة آلية إلـــى تـــصفيـــة أو التخـــلص من مشاعر الدونيـــة العصابية، وبالتالـــي التواؤم والتنـــاغم النسبي مـــع الأنـــــا العليا . (عسكر، 2001 :148)

سادساً- العلاج المعرفي: وهنا يقوم المعالـــج بالتعرف على الأفكـــار التي تسببت في ظهور الاضطراب ومدى وعي الطفل بها والعمل على تقويم تلك الأفكار ومساعدته في التخلص مـــن مشـــاعر الإحباط والنقص أو الصراع الناجمـــة عنها، ويستند إلى نظرته عن ذاتـــه وعالمـــه الخاص في تحديد سلوكه .

سابعاً - الكف المتبادل Reciprocal Inhibition : يقوم على أســاس وجود بعض الأنماط من الاستجابــات المتنافرة وغير المتوافقــة مع بعضها البعض، ويهدف للكــف بين نمطــين سلوكييــن مترابطيــن بسبب تداخلهمــا وإحلال استجابــة متوافقة مكــان أخــرى غيـــر توافقية . (زهران، 2001 :246)

ثامناً - الممارسة السالبــة Negative Practice وفيه يطلب من الطفل أن يمارس السلوك غير المرغوب بتكرار حتى يصل إلى درجة تشبع لا يستطيع عنــدها ممارســته ولا يمكــن استخدامه في علاج جميع أنماط السلوك المضطرب، بينما تبرز فعاليتها في علاج اللازمــات العصبية .

وثمة العديد من الأساليب الأخرى المستخدمة في العلاج السلوكي ومن بينها التعزيز الإيجــابي Positive Reinforcement، والسلبي Negative Reinforcement والتفاضلي والخبرة المنفــرة Punishment وضبط المثيــرات Stimulus Control، العزل والتصحيح الــذاتي وتكلفة الاستجابة والإطفاء والتشكيل والإقصاء، وتنظيم الظروف البيئية، والعقاقير الطبية، وقد أعطى (زهران، 1995 :494) قاعدة عامة توضح الأساس في العلاج السلوكي فأفاد بأن :

التقبل + الإحالة + العلاج = النجاح

وما أروع أن تستند جميـــع أساليب العلاج السلوكي إلى مبدأ ترسيخ تعاليم الشريعة الإسلامية، فيكون الصبر على البلاء دافعاً للتغلب على كل ما يمكن أن يعتري النفس من ألــم، وشـــعور بالنقص أو الحرمان والهم سواء بسبب الإعاقة أو كرد فعل لخبرة صادمة قد تمر بهم، وتوثيق نظام الحقوق والواجبات المستند لقوله (صلى الله عليه وسلم) : " من كان يؤمن بالله واليــوم الآخر فليحب لأخيه ما يحب لنفسه " (متفق عليه)

وأنعم بالإسلام ديناً لتقويم سلوك الأطفال وتربيتهم بما يحصن نفوسهم من كل مـــا يمكــن أن يشوبها نتيجة ضغوط الحياة وابتلاءات الخالق للمخلوق، فتراه يرضى بالقضاء والقدر ويــشكر الله جل شأنه على كل حال وتكون مشاعره الناجمة عن الإعاقة موسومة بالرضـــى والــصبر والرغبة في الأجر والثواب من الله تعالى، فيضحي متوافقاً مع نفسه ومتناغماً مـــع مجتمعـــه، مراقباً لسلوكه .

المبـــحث الثـــاني

التوافق النفسي

تقديم

تعتبر الصحة النفسية من أهم الأمور التي يسعى إليها الإنسان طوال فترة حياته ؛ أمـــلاً فـــي الوصول إلى السعادة والاتزان، ولا يعد التوافق النفسي أحد الركائز الأساسية للصحة النفـــسية فحسب، بل إن هناك من بين الباحثين من يعتبره مفتاحاً لها أو وجهاً من أوجهها .

ومهما كان الحال فإنه ليس من اليسير أو الوارد في نظام الحياة أن يجد كل إنسان بيئة تناســبه وتتناسب مع رغباته وتلبي كافة احتياجاته أو أناساً يرضى عنهم ويرضون عنه بنفس الدرجـــة أو مجتمع يقبله ويتقبله أو ظروفاً تسير وفقاً لما ينسجم معه وتبعاً لاختياره إضافة إلى أنـــه لا يمكن أن يتوفر لجميع الأفراد في مجتمع ما المستوى ذاته مـــن التقبـــل والرضـــى والراحـــة والتناغم بينهم وبين ما يحيط بهم (والمعاقين هم أكثر أفراد المجتمع تعرضاً لقصور في هـــذه الجوانب سواءً على الصعيد البشري أو الفيزيقي) ؛ ولذا فإنه يسعى دائماً وبشكـــل مستمر ــــ ما استمرت الحيـــاة ــــ للانسجام معها بأساليب مختلفة وأنماط متنوعة، محاولاً بذلك الوصول لقدر ممكن من الرضى باعتباره سبيل لتوافقه من حيث الانفعال والتفكيـــر والأداء مـــع ذاتـــه ومسايرة الجماعة البشرية التي ينتمي إليها وتواؤماً مع بيئته الفيزيقية المحيطة به .

ومن الجدير بالذكر أن التوافق النفسي بأبعاده المختلفة يعد من أوائل الأساليب اللازمة لتحقيـــق قبولاً لدى الفرد وانسجامـــاً متبادلاً بينه ــــ باعتباره محور داعم للتغير والتأثير وفقاً لثقافتـــه وقدراته ــــ وبين الجماعة والتي تعد ركيزة ينطلق منها وإليها للبناء والتطوير ؛ سعياً للارتقاء بها ودعمها وتعديل أفكارها مع ما يتضمنه مفهوم التوافق من معاني ومفـــاهيم ومـــصطلحات فإنه بالدرجة الأولى هدفاً من أهداف الإنسان التي يحاول تحقيقها بشكل دوري علـــى امتـــداد سنين حياته، ويعتبر توقف محاولات التوافق موتاً لهذا الإنسان، فالحياة بمتغيراتها والإنـــسان

بطبيعته يحاول دائماً التطوير من ذاته وقدراته وإمكاناته ليكون قادراً على التأثير والتأثر بمـــا حوله من بيئة بشرية وتوظيف مكوناتها الفيزيقية، والتوائم مع متغيـــرات وأحـــداث الطبيعـــة والانسجام معها سواء كان بالسلب فيعد سوء توافق، أو بالإيجاب وصولاً إلى الصحة النفسية .

واقع مفهوم التوافق بين مصطلحات اللغة

يبين (مجمع اللغة العربية، 1983 :1047) أن التوافق هو أن يسلك الفرد مـــسلك الجماعـــة ويتجنب ما عنده من شذوذ في الخلق والسلوك .

أما (ابن منظور، 1990 :62) فيفيد أنه بمعنى وفق الشيء لاءمه، وقد وافقه موافقة واتفـــق معه توافقاً .

ويوضح (الفيومي، ب.ت :3430) أن أصـــل التوافق من وفق : وفقـــه الله توفيقاً أي سدده ووفق أمره من التوفيق، ووافقه موافقة ووفاقاً، وتوافق القوم واتفقوا اتفاقـــاً، ووفقـــت بيـــنهم أصلحت .

وعند (الفيروز أبادي، 1991 :419) التوافق هو الاتفاق والتظاهر، ووفقه الله توفيقـــاً، ولا يتوفق عبد إلا بتوفيقه، والمتوافق من جمع الكلام وهيئه .

ويبين (الرازي، 1988 :304) أنه يعني التظاهر أي بمعنى الوفاق والوفاق من الموافقة بين الشيئين كالالتحام .

التوافق النفسي عند جمهور التربويين:

إن محاولة إعطاء تعريف محدد للتوافق النفسي أمراً ليس باليسير شأنه في ذلـــك شـــأن كافـــة المفاهيم في ميدان العلوم الإنسانية، ولكي تتمكن الباحثة من وضع تعريـــف واضـــح ودقيـــق للتوافق النفسي (والذي تحاول الكشف عن مستواه في ضـــوء بعـــض المتغيـــرات النفـــسية والديمغرافية لدى الأطفال الصم والمكفوفين) كان من الضروري التعرف على أبـــرز الآراء والتعريفات التي أعطاها المختصين والباحثين له، وبما أن هنـــاك ثمة اختلافات أحياناً ونقـــاط اتفاق والتقاء أحياناً أخرى بين تلك الآراء والتعريفات فقد حاولت أن تضع جملة تلك التعريفات ضمن مجموعات ــ حسب طبيعة الاتفاق فيما بينها ــ وذلك على النحو التالي :

أ- إن التوافق النفسي عملية مستمرة :

وتضم هذه المجموعة بين طياتها تلك الآراء والتعريفات التي تشير إلى كون التوافق النفسي ما هو إلا عبارة عن عملية مستمرة ما استمرت حية الفرد سعياً منه لتحقيق أهدافه .

فيؤكد (موسى، 1981 :18) على أنه العملية الديناميه المستمرة التي يقوم بها الفرد بهدف تغيير سلوكه سعياً لتحقيق علاقة تساهم في جعله أكثر توافقاً مع ذاته ومع بيئته .

وعلى اعتبار أن الحاجات الاجتماعية والبيولوجية ذات طابع يتسم بديمومة التغير فقد أشار (عوض، 1985 :234) إلى أنه عملية مستمرة متصلة، ذلك مع محدودية قدرة الفرد وصعوبة إمكانات تلبية جميع احتياجاته والوصول للتوافق الكامل .

وأوردت (يونس، 1983 : 346) بأنه عبارة عن تفاعل دينامي مستمر بين الفرد والبيئة يساعد على نموه تدريجياً .

واعتبرته (سيد، 1989 :30-31) بأنه عملية ديناميكية مستمرة تمكن الفرد من تغيير سلوكه؛ بهدف تحقيق التوافق بينه وبين ذاته وبيئته .

ونظرت إليه (المزروعي، 1990 :19) كمصطلح نفسي يعني عملية مستمرة تمكن الفرد من التغلب على الصراعات وتسعى لإشباع رغباته ليصل إلى حالة من الرضى بطريقة ديناميه توازن تدريجياً بين تعديل السلوك والدوافع والعادات، وفقاً للخبرات السابقة وابتكار مواقف جديدة تتناسب وطبيعة التغير البيئي .

وأفادت (سري، 1990 :29) بأنه عملية دينامية مستمرة يجتهد فيها الفرد في تعديل ما يمكن تعديله من سلوكه وفي بيئته الطبيعية والاجتماعية، وتقبل ما لا يمكن تعديله سعياً لإحداث حالة من التوازن بينه وبين البيئة التي يعيش فيها .

وأوضح (القاضي، 1994 :51) بأنه مدى قدرة الفرد على أن يشعر بالاطمئنان وراحة البال وهدوء النفس بعيداً عن القلق والحيرة والتوتر وضيق النفس، ويتسم بكونه عملية إيمانية مستمرة تواجه مطالب الحياة المتغيرة .

وقد أكد (راجح، 1995 :32) على أنه عملية مستمرة وموصولة للتكيف والتأقلم مع المواقف والظروف التي يتعرض لها الفرد سواء فيما يتعلق بالجوانب البيولوجية أو البيئية أو الشخصية المختلفة .

ويتفق كل من (شعبان وتيم، 1999 :42) و(جبل، 2000 :66) على أنه عملية ديناميه مستمرة تتناول السلوك والبيئة المتمثلة في الطبيعة الاجتماعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته .

وسار (زهران،2001 :27) في نفس الاتجاه فعرفه بأنه عملية دينامية مستمرة، تتناول كل من السلوك والبيئة الاجتماعية والطبيعية بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد بإشباع رغباته والبيئة من خلال تحقيق متطلباتها.

وأعطاه كل من (الأستاذ وآخرون، 2002 :28) و (الخطيب، 2004 :148) التعريـــف ذاته.

بينما أفاد (القريطي، 2003 :62- 64) بأنه عملية دينامية مستمرة على مدار مراحل نمـــو الفرد المختلفة وتتسم بالإيجابية مع كونها وظيفية ومسئولة أساسها التفاعل المثمر بـــين الفـــرد وما يحيط به، وتتضمن التوازن والانسجام بين شقين هما اتزان الفرد مع نفسه وتناغمـــه مـــع ذاته ثم انسجامه مع ظروف بيئته المادية والاجتماعية عموماً بما فيها من أشـــخاص آخـــرين وعلاقات وعناصر ومجالات وموضوعات وأحداث ومشكلات .

ب- التوافق النفسي نتيجة:

وتركز تعريفات هذه المجموعة على أن التوافق النفسي ما هو إلا نتيجة أو محصلة لقيام الفرد بعملية ما..

فيعرفه (Super, 1957) بأنه المحصلة الكلية أو التراكمية المتمثلة في الأنماط أو الجوانـــب الخاصـــة بالتكيف، والذي يعبر بين طياتـــه عن اتجاهين هما التوافق الذاتي ويختص بالتنظيم النفسي الذاتي للفرد، والآخر هو الاجتماعي والذي يركز على علاقة الفـــرد مـــع الآخـــرين، وكلاهما يتم التعبير عنه خلال مواقف الحياة المختلفة سواء في الحيـــاة الأســـرية أو العمـــل وخلاف ذلك .

وأشار (فهمي، 1970 :22) إلى أنه القاعدة الأساسية في حياة الفرد وهو المحصلة النهائيـــة لتفاعله مع البيئة، ويرتبط وجود كل من الأفراد والبيئة ببعضه البعض .

ت- التوافق النفسي سلوك أو عملية ذات علاقة بالسلوك:

أما مجموعة الآراء والتعريفات هذه فتؤكد على أن التوافق النفسي إن هو إلا سلوك أو عمليـــة ذات علاقة بالسلوك .

حيث أفـــاد (Lazarus,1961 :11-12) بأنه السلـــوك الذي يقوم به الفرد اتجـــاه الظروف الاجتماعية والشخصية التي من شأنها أن تؤثر على التركيب والوظائف النفسية له .

وترى (فهمي، 1968 :48) بأنه السلوك السوي الناجم عن المواجهة الواقعية للمشكلات التي تحاول التوفيق بين رغبات الفرد وأهدافه من جهة وبين القوانين والحقوق المادية والاجتماعية التي تحيط به من جهة أخرى .

وذكر (الحفني، 1975) بأنه تلاؤم السلوك وتكيفه مع البيئة .

وأورد (يونس، 1983 :46- 47) بأنه عملية تتمثــل في تعديل السلوك ليتمكن الفــرد مــن مواجهة المواقف الحياتية الجديدة، والقدرة على الاستجابة بطرق متنوعة تلائمها .

وبين (مياسى، 1997 :44) بأنه العملية سلوكية أو ردود الفعل المساهمة فــي حــدوث مــا يتعرض له المحيط الذي يوجد فيه الفرد من تغيرات لتحقيق التوازن والانسجام بينهما.

بينما أورد " ألن " أنه مصطلح يعني فهم الإنسان لسلوكه وأفكاره ومشاعره لحد يتــيح رســم استراتيجية لمواجهة ضغوط الحياة وتلبية مطالبها اليومية . (الحجار، 2003 :12)

ث- التوافق النفسي علاقة:

وقد أجمع الباحثين والمختصين في آرائهم وتعريفاتهم التي ضمتها هذه المجموعــة علــى أن التوافق النفسي إما أن يكون علاقة أو دلالة على علاقة من نوع ما.

فأورد (الزيادي، 1969) بأنه امتلاك القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مثمرة مع الآخرين تبعث الشعور بالمتعة وتتسم بالقدرة على حب العطاء والعمل المنتج والفعال وتجعل من الفــرد شخصاً نافعاً في محيطه الاجتماعي .

واعتبره (Eysenck &athers,1972 :25) عملية يتحقق من خلالهــا علاقة متسقة وغير منتظمة بين الفرد وبيئته سعياً لإشباع رغباته وتلبية متطلباتها بشكل كامل .

وهو في رأي (Woolman, 1973 :9) عبارة عن علاقة منسجمة مع البيئــة تضم تحقيق وتلبية أكبر قدر من المطــالب اللازمة للطفل بيولوجياً واجتماعيــاً، وتشتمل على التباينــات والتغيرات اللازمة لعملية الإشباع في ضوء تلك العلاقة.

وقد شاركه (شاذلي، 1999 :55) في الرأي فمنحه التعريف نفسه .

وأورد " داروين " بأنه الاستجابات المرتبطة بعلاقة فعالة ومنسجمة مع البيئة والتأثير والتــأثر الذي يساعد على تقوية النمو النفسي للأفراد . (محمود، 1986 :11)

وأكد (الديب، 1988) على أنه حالة من التواؤم والانسجام تعبر عن علاقة متناغمــة مــع البيئة وتدل على قدرة الفرد على إشباع أغلب رغباته وتلبية احتياجاته وسلوكه سلوكاً مقبــولاً اتجــاه متطلبات البيئة المادية والاجتماعية، وتحقيق القدر الأكبــر من الاحتياجات الفيزيائيــة والاجتماعية التي تحيط به .

ودل في رأي (خلف الله، 1988 :39) على الشعور العام بالراحة والرضى والقــدرة علــى إقامة علاقات طيبة والاستمتاع بقدر كافي من المرونة التي تتــضمن القــدرة علــى التحمــل وتناسب ردود الفعل مع المواقف، أي الشعور بالحرية والالتزام بالمعايير الاجتماعية والخلــو من الميول العصابية والانسحابيه .

ورأى (بخيت، 1988 :66) بأنه علاقة إيجابية يتعمد الفرد إقامتها بما يتناغم مع البيئة ويتواءم مع قدرته على إدراك الحاجات الانفعالية والبيولوجية والاجتماعية المحيطة به .

وأشارت (الخريبي، 1993 :75) إلى أنه حالة تمكن الفرد من الشعور بالرضى والتغلب على المعوقات البيئية، وذلك من خلال قدرته على إشباع رغباته الداخلية وتكوين علاقة متوازنة بين مطالبه الذاتية وبين بيئته .

وذكر " غيث وآخرون " أنه عبارة عن قدرة الفرد على التلاؤم مع الأهداف التي يسعى لتحقيقها، في ذات الوقت الذي يتمكن خلاله من إقامة علاقة منسجمة وسليمة مع البيئة التي تحيط به . (السميري، 1999 :37)

وفي الإطار ذاته تقريباً، ذكر " مولي " بأنه تلك العملية التي يحاول الفرد من خلالها المحافظة على قدر مناسب من الاتزان الفسيولوجي والنفسي الذي يرجع بدوره إلى السلوك الموجه، المؤدي إلى خفض التوتر ويشتمل على قدر من العلاقة الإيجابية بين الفرد والمحيط الذي يعيش فيه . (الحجار، 2003 :12)

ومن جهة أخرى فقد كان هناك ثمة العديد من الباحثين والدارسين الذين آثروا أن يتناولوا التوافق النفسي من اتجاهات وزوايا أخرى يمكن أن تقترب أو تبتعد عما تضمنته المجموعات السابقة، ويتضح ذلك فيما يأتي :

فأوضح (English & English, 1961) بأنه الاتزان بين الفرد والبيئة حتى وإن كان ذلك من خلال التوافق الجزئي المتمثل في إشباع الحاجات .

وأكد (المليجي والمليجي، 1971 :385) على أنه الأسلوب الذي يجعل الفرد أكثر كفاءة في علاقته مع البيئة التي يعيش فيها .

ويطفي (القوصي، 1975 :4 - 6) عليه صبغة بيولوجية فيرى أنه التمتع بالصحة الجسمية والتي تتضمن التوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة والقدرة على مواجهة الصعوبات المحيطة بالإنسان والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية .

ويتضمن في رأي (مخيمر، 1978 :12) إما تضحية الفرد بذاتيته نزولاً إلى مقتضيات العالم الخارجي وثمناً للسلام الاجتماعي أو تثبته بذاتيته والإطلال منها على العالم الخارجي، فإذا فشل أصبح عصابياً وإذا نجح كان عبقرياً .

وأشار (غيث، 1979) إلى أنه الحالة التي يستطيع فيها الفرد إدراك الجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه و القدرة على ربطها بما لديه من دوافع وميول وخبرات وأهداف مما يساعده على تحديد نوع الاستجابة وطبيعتها بما يتفق مع الموقف ويمكنه من أن يكون أكثر سلامة في توافقه مع البيئة، فيبعث لديه شعوراً بالرضى والسرور .

ورأى (دافيدوف، 1980 :616) بأنه محاولة للمواجهة بين متطلبات الفرد وبيئته .
وعند (محمد، 1985 :25) هو عملية تمكن الفرد من اكتساب القدرة على الاستجابة لمطالب المجتمع الذي يعيش فيه وتناسب سلوكه مع السلوكيات الملاءمة لذلك المجتمع .
وذكر (داود، 1988 :35) بأنه مفهوم إنساني يدل على سعي الطفل لتنظيم حياته وحل صراعاته ومواجهة مشكلاته من إشباع وإحباطات وصولاً للصحة النفسية أو السواء والانسجام والتناغم مع الذات ومع الآخرين في كافة التنظيمات التي ينخرط فيها .
هذا وعرفته (عبد الحليم، 1992 :10) بأنه القدرة على إيجاد قدر من التوازن السليم بين رغبات الفرد الداخلية والمؤثرات الخارجية على شكل يمنع من حدوث صراع نفسي يلقي به بين براثن الأمراض النفسية على اختلافها .
وفي نفس الاتجاه أفاد (بدوي، 1993) بأنه قدرة الفرد على التواؤم والانسجام بينه وبين ذاته ومجتمعه، والتمتع بالقدرة على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته وميوله والقيام بدوره في تلبية مطالب بيئته ومجتمعه .
وذكرت (محمد، 1995 :130) بأنه القدرة على التكيف مع الواقع ذاتياً واجتماعياً .
ويعرفه " مولار وكلاكهون " بأنه العملية التي ينجح الفرد من خلالها في خفض التوتر ؛ سعياً لتحقيق قدر من التكامل والتقليل من حدة الصراع، فزيادة حدة التوتر دلالة على فقد أو انعدام التوافق . (السميري، 1999 :37)
وهو في رأي (النيال، 2000 :137) ليس مجرد تلاؤم الفرد مع موقف بعينه، بل يتضمن العمل على تحسين ذلك الموقف من خلال ما يتمتع به من مرونة وقدرة على التغير والانسجام مع المواقف الحياتية المختلفة .
وأورد " البسيوني " بأنه قدرة الفرد على التواؤم مع نفسه ومع بيئته الاجتماعية والملاءمة بين دوافعه واحتياجاته وبين وسطه الثقافي والاجتماعي الذي يعيش فيه،بما يشتمل عليه من ضوابط ومعايير وقيم وأخلاق . (اصليح، 2000 :19)
أما " اسمث " فيرى أنه الاعتدال في إشباع الدوافع الشخصية، وعدم التركيز في عملية الإشباع على دافع بعينه على حساب الدوافع الأخرى . (النيال، 2000 :145)
وأشار " روجرز " إلى أنه قدرة الفرد على تقبل الأمور التي يدركها ـ بما في ذلك ذاته ـ والعمل على تبنيها في تشكيل وتنظيم شخصيته . (أبو هين، 2001 :128)
بينما يفيد " عبد الحميد " بأنه عبارة عن تفاعل بين سلوك الفرد وظروف ومواقف بيئته ويتضمن الدوافع والرغبات النابعة من داخله . (قديح، 2001 :83)
وبمنحى آخر أفاد " نجاتي " بأنه عبارة عن النشاط الذي يقوم به الفرد ويؤدي إلى إشباع دوافعه . (الزعبي، 2001 :32)

ويتفق " لورانس " مع " شوبن " في تعريفه على أنه عملية تتسم بالمرونة والتناغم المستمر للتواؤم والتوافق مع ظروف الحياة المختلفة . (أحمد، 2003 :35)

ورغم كل التداخلات أو التباينات فيما بين آراء وتعريفات الباحثين والمختصين للتوافق النفسي فإن الباحثة ترى بأن التعريف الذي من شأنه أن يساهم في تحقيق أهداف الدراسة الحالية يتمثل في كونه ما هو إلا عبارة عن عملية مستمرة ما استمرت الحياة بحيث يسعى الطفل من خلالها إلى تحقيق قدر من الرضى والاتزان بين إشباع رغباته وتلبية متطلبات بيئته، مما يمنحه شعوراً بالسعادة ويساعده في التغلب على ما يمكن أن يتعرض له من اختلالات فسيولوجية أو نفسية وما قد ينجم عنها من ضغوط ومعوقات نفسية واجتماعية ليتواءم وينسجم مع كل المتغيرات المحيطة به، ويشتمل على أبعاد أربعة متمثلة في التوافق الشخصي والمدرسي والأسري والجسدي .

والأطفال الصم والمكفوفين أحوج ما يكونون إلى تربية أسرية واجتماعية ومدرسية تساهم في جعلهم أكثر قدرة على مجابهة الآثار النفسية والاجتماعية السلبية التي قد تظهر لديهم كنتيجة لإعاقتهم (وخاصة إذا كانت مكتسبة)، أو تأتي كردود فعل على عدم الشعور بالأمن أو التمتع بالتقبل الأسري والمجتمعي، فتراهم يسعون ليكونوا إيجابيين في ظل كل السلبيات التي يمكن أن يحاطون بها، وذلك بتحقيق وإثبات ذواتهم إما أكاديمياً أو اجتماعياً والبحث عن أساليب تواصل فعالة مع ما حولهم ؛ لينعموا بالأمن النفسي وصولاً للتوافق النفسي مع ذواتهم وبيئتهم على حد سواء .

الفرق بين التوافق والتكيف

إن مصطلحي التوافق والتكيف يعتبران من أكثر المصطلحات التي يحدث الخلط بينهما، فمن الممكن أن يستخدم مصطلح التكيف دلالة على التوافق وبالعكس، وقد تباينت آراء الباحثين والتربويين في تحديد طبيعة العلاقة بين كل منهما، فبعضهم أشار إلى أن هناك ثمة فرق واضح بين المصطلحين، ومنهم من اعتبرهما وجهان لعملة واحدة، وهذا عرض موجز لبعض الآراء :

يقصد بالتكيف Adaptation تكييف أو تعديل المهارة المكتسبة لتوافق موقفاً أدائياً جديداً، وهي مرحلة متقدمة يمكن من خلالها قيام الشخص الماهر بتحوير المهارة أو تطورها أو إضافة تعديلات جديدة عليها بما يتناسب مع ذلك الموقف، والفرد الذي يصل إلى هذا المستوى من الأداء المهاري الحركي يمكنه أن يحكم بدقة على أداء الآخرين .

أما التوافق Adjustment فيعني تلاؤم الكائن الحي مع بيئته، إما بتغيير سلوكه أو بيئته أو كلاهما، والفرد المتوافق يكون على علاقة طيبة مع بيئته الطبيعية والاجتماعية، مما يحقق له الاستقرار الوجداني . (شحادة والنجار، 2003 :152، 159- 160)

وبمنحى آخر يذكر (القوصي، 1975 :4 – 11) أن التوافق يأتي دلالة على الصحة الجسمية (أي يدل على القدرات البيولوجية)، بينما يعني بالتكيف النفسي كل ما له علاقة بالتوازن السيكولوجي .

ويجزم كل من (شعبان وتيم، 1999 :42) بأن التوافق هو التكيف، في حين يرى (السيد، 1980 :8) أن التكيف يختص بالنواحي الفسيولوجية، بينما يركز التوافق على الجوانب النفسية والاجتماعية، هذا ويشير (جبل، 2000 :66) إلى أن على الفرد ــ كي يحقق التوافق ــ أن يقوم بتغيير سلوكه وفقاً للمؤثرات المختلفة (التكيف الاجتماعي) ليحقق الاستقرار النفسي.

وبنفس الاتجاه يشير (Woolman, 1973 :8) إلى أن التكيف هو أحد المفاهيم التي يعبر بها علماء الفسيولوجيا عن التغيرات التي تحدث في عضو ما من أعضاء الجسم إثر تعرضه لحدث معين، ويعبر البيولوجيون بها عن التغيرات البنائية أو السلوكية التي يصدرها الكائن الحي، ليتواءم سلوكه مع الشروط البيئية المحيطة، والتي تؤثر على بقاؤه .

ويعطي (الخطيب، 2004 :148) التوافق والتكيف نفس المعنى فكلاهما يدل على محاولات الفرد للتواؤم والانسجام مع الذات من جهة والبيئة من جهة أخرى .

واعتبر " كاتل" التكيف مفهوماً ذا دلالة اجتماعية ويتضمن انسجام الفرد مع عالمه المحيط به، أما التوافق فيعبر عن التحرر من الضغوط والصراعات والانسجام مع البناء الدينامي للفرد، إلا أن " جارسون " أفاد بأن التكيف يعبر عن أي تغير في بناء أو وظيفة الكائن الحي، مما يمنحه القدرة على البقاء والاستمرار، وتكيف الفرد عنواناً لتوافقه (الذي يتسم بالنسبية) . (عوض، 1984 :12- 14)

في حين ميز كل من " مولار وكلاكهون " بينهما باعتبار أن التكيف هو السلوك الذي يجعل الكائن الحي سليماً وقابلاً للتكاثر، كما أن مفهومه يستخدم للدلالة على جميع ما يبذله الكائن الحي من نشاط لمتابعة العمليات الحياتية في محيطه الاجتماعي، أما التوافق فيؤدي إلى ظهور العادات، ويدلل على الجانب السيكولوجي ونشاط الكائن الحي .(السميري، 1999 :32-33)

ويشير علماء النفس الفرنسيين إلى أن مفهوم التكيف يدلل على الأفعال ذات الأثر الطيب لدى الفرد، أما التوافق فيدل على التغلب على التوتر دونما اعتبار للقيمة التكيفية . (الدمنهوري، 1996 :82)

أما (مرحاب، 1984 :30) فيشير إلى أن لفظي التوافـق والتكيف كثيـراً مـا يـستخدمان كمترادفين، وقد يأتي التكيف للدلالة على الخطوات المؤدية للتوافق، والتوافق هو الغاية التـي يبلغها الفرد .

ويؤكد (شاذلي، 1999 :57) على أن التوافق يتضمن الجوانب النفسية والاجتماعية للإنسان فقط، بينما يشير التكيف إلى النواحي الفسيولوجية لكل من الإنسان والحيوان.

ولتجنب الخلط بين المصطلحات فإن الباحثة يمكنها التأكيد على أن كل من مصطلحي التوافـق والتكيف له دلالة خاصة به، فالتكيف يطلق على أي تغيير من شأنه الحفاظ علـى اسـتمرارية الحياة وبقاء النوع، وتلبية الحاجات البيولوجية والاجتماعية، التي قد تساهم في تحقيق الطفـل للتوافق الذي يختص بالجوانب النفسية للفرد وقدرته على التوائم والانـسجام مـع المتغيـرات البيولوجية والاجتماعية وتجعله أكثر قدرة على تحقيق أهدافه وإشباع رغباته وتلبية احتياجاته، وكل منهمـا قد يكون مكملاً للآخر ؛ فالطفل الأصم أو الكفيف بحاجة للتكيـف البيولـوجي والاجتماعي كما هو بحاجة أيضاً للتوافـق النفسي ليتمكن من العيش على نحو متزن ومـريح ويشعره بالرضى والاتزان ذاتياً واجتماعياً .

أبعاد التوافق النفسي

إن من الممكن اعتبار محاولات الفرد المستمرة لتحقيق قدراً من التوافق النفسي الذي من شأنه أن يساعده على التواؤم والانسجام مع المتغيرات البشرية والفيزيقية من حوله يأتي بالاسـتناد إلى أبعاد أربعة متمثلة في : التوافق الشخصي والتوافق المدرسي والتوافق الأسري والتوافـق الجسدي .

وللاقتراب أكثر من تلك الأبعاد كان لا بد من تسليط الضوء عليها من خلال العرض المـوجز لبعض جوانبها، وذلك على النحو التالي:

أولاً- التوافق الشخصي

إن الأطفال الصم والمكفوفين هم أكثر الناس حاجة إلى التمتع بقـدر مناسـب مـن التوافـق الشخصي المتمثل في حالة من الاتزان الداخلي والشعور بالرضى والثقة بالنفس والقدرة علـى إشباع الحاجات والاعتماد على النفس والتغلب على مشاعر الألم والنقص الناجم عن الإعاقـة والتعايش معها والتغلب على الآثار السلبية المترتبة عليها، حتى يتمكنون من أن يكونوا أقـدر على إثبات ذواتهم وتلبية احتياجاتهم ورغباتهم، فيصبحون فاعلين على نحو يمـنحهم الأمـن النفسي والسعادة برغم الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها في ظل ما تسببه لهـم الإعاقة من قصور في الاتصال مع العالم من حولهم، وذلك من وجهة نظر الباحثة .

أما (هنا، 1965 :5) فأكد على أن التوافق الشخصي هو عبارة عن ميل الطفل للقيام بما يراه من عمل دون أن يطلب منه ذلك ودون الاستعانة بغيره، مع شعوره بتقدير الآخرين له وقدرته على النجاح وتوجيه سلوكه وتمتعه بقبول داخل أسرته وبين زملائه وبعده عن الانطواء وخلوه من الأعراض ذات الدلالة على الانحراف النفسي .

ويعبر في رأي (الجبيلي والديب، 1998 :272) عن شعور الفرد بالأمن الشخصي، ويشتمل الاعتماد على النفس والإحساس بقيمة الذات والحرية الشخصية والشعور بالانتماء والتحرر من الميول الانسحابية والخلو من الأعراض العصابية .

ويشتمل عند (شاذلي، 1999 :60) على السعادة مع النفس والثقة بها والشعور بقيمتها وإشباع الحاجات والسلم الداخلي والشعور بالحرية في التخطيط للأهداف والسعي لتحقيقها، وتوجيه السلوك ومواجهة المشكلات الشخصية وحلها، وتغيير الظروف البيئية وتلبية مطالب النمو في مراحله المتتالية وصولاً لتحقيق الأمن النفسي .

وأفاد (موسى، 2000 :14) بأنه أحد مظاهر الصحة النفسية، ويتضمن الرضى عن النفس .

وعنى به (جبل، 2000 :67- 68) قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتعددة وبين أدواره الاجتماعية المتصارعة مع هذه الدوافع، وذلك لتحقيق الرضى لنفسه وإزالة القلق والتوتر والشعور بالسعادة .

وهو عند (زهران، 2001 :27) عبارة عن حالة من الرضى عن الذات، بحيث تتسم حياة الفرد النفسية بالخلو من الصراعات والتوترات المصاحبة لمشاعر النقص والقلق، والذي يمنحه شعوراً بالسعادة مع نفسه والرضى عنها وإشباع دوافعه وحاجاته الأساسية والتمتع بالأمن الداخلي بعيداً عن الصراعات أو مشاعر الإحباط والألم، ويتضمن تحقيق مطالب النمو في مراحله المختلفة (خاصة في مرحلتي الطفولة والمراهقة) حيث أنهما من أصعب مراحل النمو ؛ باعتبارهما تمثلان المرحلتين الأساسيتين اللتين يتحدد من خلالهما خطوات النمو السليم للفرد، علاوة على التأثير والتأثر بمراحل النمو السابقة أو اللاحقة بهما .

واعتبرته (أحمد، 2003 :24) أحد معايير الصحة النفسية، ويعني قدرة الفرد على التوفيق بين دوافعه المتصارعة وإرضائها الإرضاء المتزن .

وأشارت (الأستاذ وآخرون، 2002 :32) إلى أنه حالة من الاتزان الداخلي تجعل الفرد راضياً عن نفسه متقبلاً لها، مع التحرر النسبي من التوترات والصراعات ذات العلاقة بالمشاعر السلبية لديه وتمكن صاحبها من التفاعل مع الواقع والبيئة بطريقة سليمة تساعده على تحقيق ذاته وتساهم في جعل الأشخاص المعاقين أكثر قدرة على التأقلم مع الإعاقة أو العجز وما يصاحبه من شعور بالنقص .

وهو في رأي (الخطيب، 2004 :148) أن يكون الشخص راضياً عن نفسه، وتتسم حياته النفسية بالخلو من الصراعات والتوترات ذات الطابع النفسي التي تقترن بمشاعر الدونية والقلق والنقص .

ثانياً- التوافق المدرسي

إن للمدرسة اعتبارات هامة لدى الأطفال عامة والصم والمكفوفين منهم على وجه الخصوص؛ فهي قد تمثل لديهم بؤرة الاتصال بالعالم الخارجي، حيث تعمد إلى إكسابهم الخبرات والمهارات الضرورية لتحقيق ذواتهم، والقدرة على توجيههم لكيفية إقامة علاقات سليمة تمنحهم الثقة بالنفس والشعور بالسعادة، وقد تكون على النقيض من ذلك لأنها يمكن أن تعبر ــ بالنسبة لهم ــ عن أحد صور التمييز بينهم وبين أقرانهم من غير المعاقين (وخاصة الأخوة)، إضافة إلى الوصمة الاجتماعية التي التصقت بها لكونها خصصت لهم وطابع التمييز الذي اتسمت به سواء في المرافق والخدمات والأنشطة والفعاليات بينهم وبين أقرانهم، وجميع ذلك وغيره قد يكون ذا أثر واضح إما سلباً أو إيجاباً على علاقة الطفل الأصم أو الكفيف مع مدرسته بكل عناصرها، والذي يمكن أن يطفي بظلاله على مستوى التوافق النفسي لديه .

وستحاول الباحثة في هذا الجانب التطرق لبعض آراء الباحثين والمختصين فيما يتعلق بالتوافق المدرسي .

فقد اعتبر (جبل، 2000 :63) التوافق المدرسي من أحد مجالات التوافق النفسي وذكر بأنه حالة تبدو في العملية الدينامية المستمرة التي يقوم بها الطالب لاستيعاب مواد الدراسة والنجاح فيها وتحقيق التلاؤم بينه وبين البيئة الدراسية ومكوناتها الأساسية وهو عبارة عن قدرة مركبة تتوقف على كل من البعدين العقلي والاجتماعي وتستند إلى الكفاية الإنتاجية والعلاقات الإنسانية .

ويتمثل من وجهة نظر (عبد الخالق، 2001 :61) في نجاح المؤسسة التعليمية في وظيفتها، وتحقيق التوازن بين المعلم والطالب على النحو الذي يهيئ للطالب ظروفاً أفضل للنمو السوي في الجوانب المعرفية والانفعالية والاجتماعية، وعلاج ما يطرأ من مشكلات سواء في العلاقة بينه وبين مدرسته أو المشكلات السلوكية التي تظهر لديه .

وهو عند (القريطي، 2003 :65) يضمن حسن تكيف الفرد مع متغيرات دراسته وبيئته الدراسية ــ كعلاقته بالمعلمين والزملاء ــ والمناخ الدراسي ونمط الإدارة والنظم الامتحانية والمقررات والمناهج الدراسية .. وغيرها .

ولا بد هنا من الإشـــارة إلى أن التوافق المدرسي المنشـــود للأطفال الصم والمكفوفين يستلزم نجاح المؤسسة التعليمية في القيام بالدور المنوط بها في المدارس العامة مضافاً إلى ذلك العمل على مواءمة البيئة المدرسية وتنمية الكوادر المهنية والتعليمية والإدارية على النحو الذي يتـــيح للطلاب الصم والمكفوفين إمكانية تلبية احتياجاتهم الأكاديمية والمهارية والاجتماعيـــة وينمـــي قدراتهم النفسية وتوجهاتهم الفكرية،وبالتالي التمتع بقدر من الرضى والشعور بالأمـــان والثقـــة والتقبل لكافة عناصر البيئة المدرسية والقدرة على تكوين علاقات إيجابية منسجمة تـــساعدهم في التغلب على المشاعر السلبية التي قد تتكون لديهم بسبب إعاقتهم ومـــا يمـــرون بـــه مـــن صراعات وضغوطات ناجمة عنها، وعلاج ما يظهر من اضطرابات أو مشكلات في سلوكهم أو علاقتهم مع الآخرين .

ثالثاً - التوافق الأسري

الأسرة هي نواة المجتمع، وهي البيئة الصغيرة التي ينطلق منها الطفل إلى عالمه الخـــارجي ؛ ليطبق ما اكتسبه فيها من خبرات ومهـــارات، وعليه فهي الواحة الخضراء التي تسعى بكـــل مكوناتها إلى منحه الثقة بنفسه وبمن حوله وتدريبه على كيفية التعامل مـــع مجتمعـــــه، ولـــذا فالأسرة تعتبر الركيزة الأساسية للعمل على تقبل الطفل المعـــاق وتحاول إيجـــاد طرق بديلـــة للاتصال معه بعيداً عن اللغـــة اللفظية التي صمت أذنه عن استقبالها إن كان أصم، أو أساليب حوارية فعالة غير مرئية تساعده على الشعور بمن حوله إن كان كفيفاً، وبالتالي فإن بالإمكان الجزم بأنها قد تكون صمـــام الأمان للطفل الأصم والكفيف، فتحاول تقبله ومـــساعدته علـــى التوافق مع بيئته وتحيطه بجو من الأمن الأسري الذي يؤدي بدوره إلى التوافق النفـــسي، مـــع سعيها الدؤوب للتغلب على كل مشاعر الألم والإحباط الناجمة عن اكتشاف إعاقته، لتقبله كمـــا هو لا كما يجب أن يكون وحرصها على تجنب أساليب التعامل السلبية (كالحماية الزائـــدة، أو الإهمال، أو عدم الثقة بقدراته وكفايته)، فلا تمنحه الفرصة الكافيـــة للاســـتفادة مـــن قدراتـــه وطاقاته في الحياة المستقلة بعيداً عن السلبية والاعتمادية .

وثمة العديد من وجهات النظر حول هذا البعد من أبعاد التوافـــق النفسي، والتي يمكن توضيح أبرزها كما يلي :

فأورد (أبو مصطفى والنجار، 1998) بأنه عبارة عن السعادة الأســـرية والمتمثلـــة فـــي الاستقرار والتماسك الأسري والقدرة على تحقيق مطالبها وسلامة العلاقات بين الوالدين فيمـــا بينهما وفيما بين الأولاد وكذلك بين الأولاد مع بعضهم البعض، حيث يـــسود الحـــب والثقـــة والاحترام المتبادل بين الجميع والتمتع بقضاء وقت الفراغ معاً، ويمتد فـــي رأيهمـــا ليـــشمل العلاقات الأسرية مع الأقارب وحل المشكلات الأسرية .

وهو ذات التعريف الذي أعطاه (شاذلي، 1999 :63) للتوافق الأسري .

وأشار (عبد الخالق، 2001 :61) إلى كونه يعني بأن تسود المحبة بين أفـراد الأسـرة وأن ينظر الزوجين إلى العلاقة بينهم على أنها سكن ومودة ورحمة، وتقوم العلاقـات بـين أفـراد الأسرة المتوافقة على الحب والاحترام والتعاون .

في حين عرفته (الأستاذ وآخرون، 2002 :32) بأنه مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية مـشبعة بينه وبين أفراد أسرته، ومدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية، وتوفير جو من الحب والتعاون والتضحية بين أفراد الأسرة .

وهو في رأي (القريطي، 2003 :65) إشـارة إلى مدى انسجام الفرد مع أعضـاء أسرته، وعلاقات الحب والمودة والمساندة والتراحم والاحترام والتعاون بينه وبين والديه وأخوته، مما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة وسعيدة .

وترى الباحثة أن التوافق الأسري للأطفال المعاقين عموماً والصم والمكفوفين بشكل خاص هو ذاته التوافق الأسري لأقرانهم من غير المعاقين، مضافاً إليه تقبـل الأسـرة للطفـل المعـاق ومساندته ليكون أكثر قدرة على الرضى بإعاقته وتوفير الإمكانات اللازمة ليـصبح عنـصراً فاعلاً داخلها، وشيوع جو من الحب والتعاون والتضحية والتشجيع له بعيداً عن الحماية الزائدة أو الإهمال وكل ما من شأنه أن يترك أثراً سلبياً على سلوك الطفـل أو مستوى توافقه النفسي الذي يعد التوافق الأسري أحد المنابع الأساسية والمركزية التي تغذيه بشكل رئيسي .

رابعاً - التوافق الجسدي

هل بالفعل إن العقل السليم في الجسم السليم ـــ كما يقال ـــ، أم أنها عبـارة تمتـاز بالنـسبية كغيرها من الجوانب الإنسانية ؟!

إن فقد حاسـة السمع أو البصر، أو إصابة أي منهما بخلل ما لا يعني بالضرورة عجز الفـرد عن القيام بالأنشطة ولعب دوره فيما يتعلق بجوانب حياته المختلفة، مع أنه ليس بالممكن إنكار ما يمكن أن تؤثر به سلباً على الأعمال التي تحتاج إلى هاتين الحاستين بـشكل رئيـسي، ولا يمكن الاستغناء عنها، كالرسم للكفيف، والمحادثة بالهاتف للأصم، إلا أنـه يمكـن أن يتقـن الكفيف فن النحت، ويتقـن الأصم مهارة المراسلة عبر وسائـل التكنولوجيا الحديثة والرسائل المكتوبة، وبالتالي فإن قدرة الطفل الأصم أو الكفيف على أن يتقبل إعاقته ويسعى إلى اكتساب مهارات بديلة تساهم في تخفيف حدة شعـوره بالنقص أو العجز (الذي يؤدي بدوره إلى سوء التوافق النفسي).

ولشدة العلاقة بين النفس والجسد، والتي ضرب بها رسولنا الكريم (صلى الله عليه وسلم) المثل في قوله " مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى " (متفق عليه) فإن القصور السمعي أو البصري الناجم عن الإعاقة قد ينعكس سلباً على أدائه ومدى قدرته على تلبية احتياجاته وإشباع رغباته، مما يمكن أن يلقي بظلاله على صحته الجسمية ويجعله عرضة للأمراض السيكوسوماتية (النفس جسمية) كالصداع النصفي وآلام الأسنان الغير مبرر وقرحة المعدة .. وغيرها، وجميعها يمكن أن يكون له تأثيراً مباشراً أو غير مباشر على مستوى نشاطه وقدرته على التفاعل والإنجاز، ومع أهمية التوافق الجسدي كأحد أبعاد التوافق النفسي الأساسية (من وجهة نظر الباحثة) إلا أنها لم تجد من بين الباحثين والمختصين من عرض له سوى (الدسوقي، 1991 :6) والتي أشارت إلى كونه عبارة عن تمتع الفرد بالصحة الجسمية ولخلو من أعراض الأمراض السيكوسوماتية والقدرة على مقاومة الأمراض الميكروبية والفيروسية .

وترى الباحثة بأن التوافق الجسدي يتمثل في مدى قدرة الطفل على تحقيق حالة من الاتزان الفسيولوجي والخلو من أعراض الأمراض النفس جسمية والقدرة على مقاومة الأمراض الميكروبية وتمتعه بصحة جسمية جيدة لا تعيق قدرته على إشباع رغباته وتلبية احتياجاته وممارسة دوره الطبيعي في الحياة .

أساليب التوافق النفسي

يسعى كل فرد في المجتمع لتحقيق قدر من التوافق النفسي بما يتناسب مع طبيعته ويساعده في التغلب على ما يواجه من ضغوط وصراعات في المجالات الحياتية المختلفة، إلا أن كل منهم يستخدم أسلوباً يلائم شخصيته ويتناسب مع طبيعة الموقف الذي يتعرض له (من وجهة نظره)، وذلك ظنناً منه أن هذا الأسلوب هو أفضل ما يمكن القيام به للتخلص من الضغط الناجم عن الموقف الضاغط أو التخفيف من آثاره السلبية على أقل تقدير وأملا في تحقيق قدر من التوافق النفسي، وصولاً إلى الصحة النفسية التي تمكنه من التمتع بحالة من الرضى والاتزان سواء مع ذاته أو مع البيئة البشرية أو الفيزيقية التي يعيش فيها .
وبنظرة فاحصة ومتأملة إلى تلك الأساليب يتضح أن بالإمكان تصنيفها إلى نوعين رئيسيين هما الأساليب المباشرة وغير المباشرة.

أولاً) أساليب التوافق النفسي المباشرة

وتتميز هذه الأساليب بكونها شعورية مباشرة، يستطيع الفرد من خلالها إشباع حاجاته ورغباته ودوافعه وتحقيق أهدافه بطريقة مباشرة وشعورية على نحو سليم يساعده في التخلص من مواقف الإحباط والصراع وحل مشكلاته التي يتعرض لها حلاً حاسماً ونهائياً يضمن له تحقيق أفضل قدر من التوافق النفسي، وهذه الأساليب هي:

أ- **بذل الجهد لإزالة العوائق وتحقيق الهدف** : وهي أول ما يمكن فعله لتذليل العوائق والصعوبات أمام تحقيق الأطفال الصم والمكفوفين لأهدافهم والتغلب على المواقف المحبطة والصراعات، وتستند بشكل أساسي إلى مضاعفة الجهود والتعامل بجدية وإصرار لإشباع رغباتهم ودوافعهم واحتياجاتهم وتحقيق أهدافهم وما يطمحون في الوصول إليه .

ب- **البحث عن طرق أخرى للوصول للهدف** : فترى الطفل الأصم يحاول تعلم لغة الإشارة ليتواصل مع الآخرين، والكفيف يتدرب على طريقة برايل ليتمكن من قراءة الكتب، وذلك لكونهما يبحثان عن طرق بديلة تمكنهما من تحقيق أهدافهما والوصول إليها، لأنهما يشعران بأن الطريقة المستخدمة لتحقيق ذلك الهدف لا تجدي نفعاً وحتى مع بذل الجهد ومضاعفة النشاط، ومن هنا فإنهما يحاولان اختيار طرق أخرى أكثر فاعلية ومناسبة .

ت- **استبدال الهدف بغيره**: وغالباً ما يلجأ الأطفال المعاقين إلى هذا الأسلوب إذا فشل الأسلوبين السابقين في تحقيق هدفهم (إما لعدم تفهم المحيطين، أو قصور الإمكانيات المتاحة لهم)، حيث يسعون لاستبدال هدفهم الذي لم يتمكنوا من الوصول إليه بهدف آخر قد يقترب منه في النتيجة أو يبتعد عنه ؛ للتخلص من حالة الإحباط والتوتر الناجم عن عدم قدرتهم على تحقيق الهدف الأصلي، ومن الجدير بالذكر أن نجاح هذا الأسلوب يعتمد بشكل كبير على مدى قدرة الطفل على تحقيق الهدف الجديد .

ث- **تحوير السلوك** : ويلجأ إليه الطفل الأصم أو الكفيف إذا لم يتمكن من إشباع احتياجاته بالطرق المعتادة فإنه يحاول إشباعها باستخدام أنماط أخرى قد تساهم في خفض التوتر .

ج- **تنمية مهارات جديدة** : في بعض الأحيان يكون الطفل المعاق ليس بحاجة لأي من الأساليب السابقة، بينما يحتاج بالدرجة الأولى إلى اكتساب وتنمية مهارات جديدة ذات فاعلية في تحقيق الهدف الذي يرغب في الوصول إليه، فتراه يعمد إلى تفعيل دور الحواس السليمة لتعويض قصور سمعه أو بصره .

ح- **تأجيل إشباع الدافع** : فترى الطفل يميل إلى تأجيل إشباع دوافعه واحتياجاته التي يحاول تلبيتها في أسرع وقت، وخاصة إذا جوبه بعوائق داخلية أو خارجية من الممكن أن يزول أثرها بعد حين .

خ- التعاون والمشاركــة : ويعد من أنجح الأساليب التي يمكــن أن يستخدمها الأطفال الصم والمكفوفين عند القيام بالأنشطة الحياتية المختلفة، ففيها تستخدم الأنماط الاجتماعية الإيجابيــــة بعيداً عن الانسحاب والعدوان والاعتمــاد على الآخرين، مما يساعدهــم في الوصول إلى ما يريدون إشباعه وتحقيقه .

د- إعادة تفسيــر الموقف : قد يجد الطفــل الأصم أو الكفيف نفسه أحياناً بحاجة إلى إعــادة تفسير الموقف الذي اعتبره معيقاً أو سبباً من أسباب الإحباط والصراع، إذ أنه من الممكــن أن يكون قد لجأ إلى تفسير ذلك الموقــف في السابق على نحو بعيد عن الدقة والــصواب أو لــم يتمكن من تحديد العوامل المؤثرة فيه بشكل منطقي وسليــم، وذلك ذا دور بارز في مدى تفهم هذا الطفل لذلك الموقف وتفاعله معه .

ثانياً) أساليب التوافق النفسي غير المباشرة (الحيل اللاشعورية)

وتمتاز هذه الأساليب بكونها لا شعورية ويمكن أن يلجأ إليها الفرد بشكل غير مباشر للــتخلص من التوتر الناجم عن المواقــف المحبطة والصراعات التي يتعــرض لها . وتشتمل على مـــا يلي :

أ- الإسقــاط: وهو حيلة لاشعورية تجــد الطفل فيه يلصق لغيــره ما يشعر به وأن النزاعات والرغبات البغيضة إلى نفسه إنما هي صفات غيره .

ب- النكوص : وهنا يلجأ الفرد إلى استخدام أساليب طفولية ساذجة من التفكير أو السلوك، أو تتسم بها مرحلة عمريه سابقة، إذا تعرض لأي موقف ضاغط أو مشكلة من شــأنها أن تقــف عائقاً أمام إشباع رغباته ودوافعه .

ت- أحلام اليقظة : وهي عبارة عن أسلوب يلجأ إليه الفرد فيتخيــل فيــه إشــباع دوافعــه وحاجاته التي عجز عن إشباعها في عالم الواقع، و تساعده على تصريف الطاقة،وإزالة جميع العوائق والعقبات وصعوبات الحياة وما فيها من متاعب ومشاق وحرمان .

ث- الكبــت : وهو حيلة تستخدم لاستبعاد الشعور بالخبرات والأفكار والذكريات التي تسبب له ألماً أو خجلاً أو شعوراً بالذنب، ويكرهها على التراجع إلى اللاشعور لتظل هذه الرغبــات في حظيرة اللاشعور متحركة فيه لا تموت طمعاً في الخفاء وتلح جاهدة في الظهور وقد يبدو أثرها في السلوك الظاهر بصورة صريحة كبعض فلتات اللسان أو زلات قلم أو تظهــر فـــي صورة رمزية كأحلام النوم .

ج- التوافق عن طريق المرض : حيث أن الفرد قد يستخدم المرض لاشعورياً ليتهــرب مــن لوم الناس ولوم ضميره وإبعاد نفسه عن مواجهة المواقف العصبية وتحمــل المسؤوليات، فلا يكون للمرض ما يبــرره من الناحية العضوية أو الفسيولوجيــة، وإنما يعتبر مــن الأســاليب النفسية، ويدخل تحت دائرة الأمراض النفس جسمية .

ح- الإعلاء أو التسامي: ويدل على الترفع عن الدوافع التي لا يتقبلها المجتمع، والارتقاء بها إلى مستوى أعلى وأسمى والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً .

خ- التعويــض : ويتمثل في محاولة الفرد النجاح في ميدان ما ؛ لتعويض إخفاقه أو عجــزه الحقيقي أو المتخيل في ميدان آخر أسهم في شعوره بالنقص، أو الظهور بصفة مقبولة عوضــاً عن الظهور بصفة أخرى غير مقبولة .

د- التقمص (التوحد): ويعمد الفرد من خلال هذا الأسلوب إلى جمــع واســتعارة وتبنــي ونسب ما في غيره من صفات مرغوبة إلى نفسه، وبمعنى آخر فإنه يشكل شخصيته وينــدمج في شخصيــة أخرى تتمتع بصفات مرغوبة، ويعد محاولة للتخلص من نقص ما علــى نحــو يختلف عن التقليد بكونه لا شعورياً بينما يعتبر التقليد من الأساليب الشعورية .

وبالإضافة إلى جملة الأساليب والحيل اللاشعورية التي ذكرت سابقاً فإن هناك ثمة العديد مــن الأساليب الأخرى يمكن أن تنطوي تحت هذه المجموعة وتشغل حيزاً متميزاً فيما بينها، فهــي تلعــب دوراً هاماً في الحفاظ على قدر من التوافــق النفسي من خلال قدرتها على خفض حدة التوتر والضغط الناجم عن مواقف الإحبــاط والصراع، وتتمثل في الاحتــواء أو الإســتدماج والتثبيت والتفكيك أو العزل والسلبية والعدوان والانسحــاب والتخيــل والتحويــل والتبريــر والإنكار والإلغاء أو الإبطال والنسيان والإزاحة والإبدال والتعميم والتكوين العكسي والرمزية والتقدير المثالي، ومن عرض تلك الأساليب يتبين أن منها ما يتسم بالإيجابية والبعض الآخــر قد يترك آثاراً سلبية إما على الطفل ذاته أو على بيئته سواء البشرية أو المادية .

معايير التوافق النفسي

لقد أشارت العديد من البحوث والدراسات والكتب المتخصصــة في ميدان علم النفس والصحة النفسية إلى مجموعة من المعاييــر التي يمكن استخدامها للكشف عن مستوى التوافق النفــسي لدى فرد أو مجموعة من الأفراد، وتختلف فيما بينها من حيث الكفاءة والجودة، إضــافة إلــى آلية الاستخدام وطبيعة الفئة المستهدفة من عملية القياس، ومن أبرز هذه المعايير ما يأتي :

1- المعيار الإحصائي : ويستند في هذا المعيار (للحكم على مستوى التوافق النفــسي) إلــى قاعدة تعرف بالتوزيع الإعتــدالي، والذي يرتكز على المتوسط العام لمجموعة السمات التــي يتميز بها الفرد، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المعيار لا يتمتع بكفاءة تضمن ســلامة القيــاس،

حيث أنه لا يضع في الاعتبـــار أن التوافق عند الأفراد ينبغي أن يكون مـــصاحباً لـــشعورهم بالرضى وتوافقهم مع ذواتهم . (منصور، 1982)

2- المعيار القيمي : حيث يشير (شـــاذلي، 1999 :66) إلى أن المنظور القيمـــي يستخدم مفهوم التوافق لوصف مدى اتفاق السلوك مع المعايير الأخلاقية وقواعد السلوك الـــسائد فـــي المجتمع، وتعتبر أن الشخص المتوافق هو الذي يوافق سلوكه القيم الاجتماعيـــة الـــسائدة فـــي جماعته، وتوافق سلوكـــه وتصرفاته مع مبادئ أخلاقية أو قواعد سلوكية تقرها ثقافة المجتمع، ولذا فإنه يمكـــن الجزم بأن هذا المعيـــار يركز على الجانب الاجتماعي من التوافق، ولا يعير انتباهاً لمدى رضى الشخص واتزانه مع ذاته .

3- المعيار الطبيعي : والشخص المتوافق ضمن هذا المعيار هو من لديه إحساس بالمسؤولية الاجتماعية، ويعد اكتساب المثل والقدرة على ضبط الذات طبقاً للمفهوم الطبيعي والذي يـــشتق من حقيقة الإنسان الطبيعية (ويمكن الاستـــدلال عليها من البيولوجيا وعلم النفس وليس مـــن نظرية القيم مباشرة) من معالم الشخصية المتوافقة، فهو " يعتبر طبيعيـــاً من الناحية الفيزيقية أو الإحصائيـــة، والسلوك المتوافق هو ذلك السلوك الذي يساير الأهداف، وما يناقـــضها يعـــد سوء توافق " . (طه، 1980 : 25)

4- المعيار الثقافي : وفيه يركز على نحو مبالغ فيه عند الأخذ بمعايير المسايرة، حيث يعتبر الأشخاص المسايرون للجماعة وأساليب حياتها متوافقون، بينما أن غير المسايرين هـــم فـــي الغالب ممن يتصفـــون بسوء التوافق، علاوة على أن الانقياد الزائد نحو الجماعة هو نمـــط لا توافقي أيضاً . (منصور، 1982)

5- المعيار الحضاري : ويعد معياراً نسبيـــاً، فالشخص السوي هو الذي يســـاير قيم ومعايير وقوانين مجتمعـــه، ومن الجدير ذكره أن قوانين المجتمعات وقيمها ومعاييرها تختلف اختلافـــاً ظاهرياً عن بعضهـــا البعض كما تختلف أهداف المجتمعـــات ــ بـــل وتتعـــارض أيـــضاً ـــ، وبالتالي فإن هذا المعيار مثله في ذلك مثل المعيار الثقافي الذي لا يمكن الأخذ به إلا في ضوء ثقافة وحضارة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد .

6- المعيار الاجتماعي : إن لكل مجتمع خصائصه الخاصة به، ويتخذ هذا المعيار من مسايرة المعايير الاجتماعية أساساً للحكم على الســـلوك السوي أو خلافه، فالشخـــص السوي هو ذلك الشخص المتوافق اجتماعياً، والعكس صحيح . (زهران، 2001 :11)

7- المعيار الذاتي (الظاهري) : ويعتمد على ما يدركه الفرد ذاته، حيث يستند إلى ما يشعر به الشخص وكيف يرى في نفسه الاتزان أو السعادة، ولذا فهو عبارة عـــن إحـــساس داخلـــي وخبرة ذاتية، ولا يمكن الاستناد إلى هذا المعيار وحده، فقد يشعر المريض نفسياً بالسعادة وهو

غير متوافق مع الجماعة، أو قد يمر الفرد العادي أحياناً بمشاعر القلق، ووفق هذا المعيار يعد غير متوافق .

8- المعيار الباطني : لا يمكن تحديد ما إذا كان الفرد أقرب إلى السوية أو اللاسوية إلا إذا تم تجاوز مستــوى السلوك الظاهري إلى ما يكمن ورائه من أسبـــاب ودوافع كامنة وصراعات أساسية وكيفية تعامل الإنسان معها ومدى قدرته على التعبير عنها والكيفية التي يــشبع بهـــا رغباته ودوافعه . (فوزي، ب. ت)

9- المعيار الإكلينيكي : يتحدد مفهوم التوافق النفسي في ضوء المعايير الإكلينيكية لتشخيــص الأعراض المرضية، ويعتبر الشخص متوافقاً استناداً إلى أساس غياب الأعراض والخــلو من مظاهر المرض، وعليه فإن المعيار الإكلينيكي لا يحدد التوافق على نحو إيجابي وذي معنى .

10- المعيار الباثولوجي : ويتم الاستناد ضمن هذا المعيار عــلى الأشخاص الغير متــوافقين أساساً، ولذا فإن بالإمكان تحديد الدرجة التي يرتكز عليها في التعرف على شخصية الفرد من خلال بعض الأعراض الشاذة الظاهرة على السطح، وما يؤخذ على هذا المعيــار هــو عــدم تحديده للدرجة التي يمكن اعتمادها كمحك للحكم على شخصية الفرد.(راجح، 1995 :92-93)

11- معيار النمو الأمثل : ويستنــد إلى تعريف منظمة الصحة العالمية لمفهوم الصحة النفسية (بأنها حالة من التمكن الكامل في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلــو من المرض)، ورغم أهمية مفهوم النمو الأمثل في تحديد مفهوم الشخصية المتوافقــة إلا أنــه من الصعب تحديد نماذج السمات أو الأنماط السلوكية التي تشكل النمو الأمثــل، فمــا يعتبــر مرغوباً إنما يعكس ثقافة المجتمع كما يعكس المعتقدات والقيم الشخصية ،ولذا فــيمكن اعتبـــار هذا المفهوم مبدأ عاماً وليس محكاً يمكن استخدامه .

12- المعيار النظري : ويعمد إلى تحديد التوافق من إطار مرجعي نظري يستند إلى تــصور خاص، فنظرية التحليل النفســي ترى أن الخلو من الكبت دليل على التوافق، ولكن قد يكــون نقص التعليم وليس الكبــت هو المسئول عن السلوك المضاد أو الــشعور بعــدم الــسعادة أو الضيق واليأس . (شاذلي، 1999 :68- 69)

13- المعيار المثـــالي : النظرة المثاليـــة نظرة قيميه لأنها تطــلق أحكاماً خلقية على الكاملين المثاليين والغير الكاملين، وتستمد أصولها من الأديـــان المختلفة، ومعيار الحكم هنا هو مــدى الاقتراب أو الابتعاد عن الكمال أو ما هو مثـــالي، وتعتبر الشخص العادي هو الكامل في كل شيء، وهو السعيد في حياته ولا سلطـــان عليه من شهواته، ويؤخذ عليه عدم تحديده للمثاليـــة تحديداً دقيقاً، كما أنه لا يوجــد شخص مثالي كامل تبعاً له، فكيف يمكن الحكم على شخص ما بالمثالية أو عدمها ؟! . (عوض، 1984 :66- 67)

ولخدمة موضوع الدراسة الحالية فقد قامت الباحثة بعرض تلك المعايير على وجه الإجمال، وحاولت قدر الإمكان استخدام أكثرها جودة وكفاءة في تحقيق الأهداف التي تسعى للوصول إليها، ولذا فتراها استندت بشكل علمي للمعيار الإحصائي والاجتماعي والثقافي، وغير ذلك من المعايير (سواء بشكل مباشر أو غير مباشر) ؛ للكشف عن مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين، مع العلم أن جميع تلك المعايير تحوي جوانب قصور من جهة وقوة من جهة أخرى تجعل من الخطأ الاستناد إلى معيار بعينه للحكم على النفس البشرية في ميدان التوافق النفسي بشكل عام، والحال أكثر خطورة في حال التعامل مع المعاقين، وذلك لكونهم فئة لم تنل القدر الوافي من البحث والدراسة سواء على الصعيد المحلي أو الدولي .

مؤشرات التوافق النفسي

ويمكن للباحثة إجمال مؤشرات التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين ، وذلك وفقاً للجوانب التي تطرقت إليها سابقاً على النحو التالي :

1- التقبل الواقعي لحدود إمكانياته.

2- المرونة والاستفادة من الخبرات السابقة .

3- التمتع بقدر جيد من التوافق الشخصي والأسري والمدرسي والجسدي .

4- الاتزان الانفعالي، والقدرة على مواجهة التحديات والأزمات ومشاعر الإحباط والضغوط بأنواعها المختلفة .

5- القدرة على التكيف مع المطالب والحاجات الداخلية والخارجية وتحمل المسئولية .

6- الشعور بالسعادة والراحة النفسية والرضى عن الذات .

7- التمتع بالأمن النفسي والواقعية في اختيار الأهداف وأساليب تحقيقها .

8-الإقبال على الحياة والتحلي بالخلق القويم .

9- معرفة قدر الناس وحدودها واحترام الآخرين .

10- الخلو النسبي من الأعراض المرضية النفسية والعقلية .

11- التمتع بالقدرة على التحصيل الأكاديمي الجيد وتنمية المهارات الأكاديمية والمعرفية والاجتماعية .

نظريات التوافق النفسي

وللتوافق النفسي نظرياته المتعددة والمتنوعة التي حاولت دراسته وتفسير ظواهره، ولـذا فقـد فضلت الباحثة التعريج على أبرزها، وهي كما يأتي:

أولاً) النظرية البيولوجية والطبية

يعود الفضـل في وضع حجر الأساس لهذه النظريـة لجهود كل مـن : جلاتـون، منـدل، داروين، كلمان، وآخرون . والذين يؤكدون على أن جميع أشكال الفشـل في التوافق (سـوء التوافق النفسي) تنتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم (خاصة المخ)، ومثل هذه الأمراض يمكن أن تنتقل إلى الأجيال الجديدة من خلال الوراثة، كما أنه من الممكن اكتسـابها خـلال مراحل الحياة المختلفة ؛ إما بسبب الإصابات أو الجروح أو العدوى، أو الخلل في هرمونـات الجسم (الذي قد ينجم عن الضغوط التي يتعرض لها الفرد). (عبد اللطيف، 1990)

ثانياً) النظريات النفسية

وهناك ثمة العديد من النظريات النفسية التي حاولت دراسة التوافق النفسي كلاً وفق توجهاتها واهتماماتها، ومن أبرز هذه النظريات ما يأتي :

أ- **نظرية التحليل النفسي** : يؤكد " سيجموند فرويد " – مؤسس هذه المدرسة – وأتباعه على أن هناك ثمة حياة لا شعورية يعيشها الفرد إضافة إلى الواقع الشعوري له، كما أنه يولد مزوداً بغرائـز ودوافع معينة تسير سلوكه ويسعى بشكل مستمر لإشباعها، وهم علاوة علـى ذلـك يعتبرون أن الحيـاة ما هي إلا سلسلة من الصراعـات، تتسبب في ظهـور الإشـباعات أو الاحباطات لدى الفرد . (مليكة، 1970 :95)

فيرى فرويد أن الشخصيـة تتكون من ثلاثة قوى أساسيـة وتشمل: الهو ويتضمن الموروثات المعبـرة عن الغرائز ــ معتمدةً مبـدأ اللذة ــ، أما الأنا فتعتبـر بمثابـة المـدير التنفيـذي للشخصيـة حيث يسعى لإيجاد حالة من التوازن بين مطـالب كل من الهو والأنا الأعلـى، ويركـن إلى مبدأ الواقـع، بينما يعتمد الأخيـر مبدأ المثاليـة والدفاع عن الـسعـي نحـو الكمال . (الشنداوي، 1999 :381- 382)

ويقرر بأن السمـات الأساسية للشخصية المتوافقـة تتمثل في ثلاث سمات هـي قـوة الأنـا والقدرة على العمل و الحب . (كفافي، 1990 :32- 33)

هذا وقد أكد " يونج " على أن استمرارية النمو الشخصي دون انقطاع هـو مفتـاح للتوافـق النفسي، كما أنه يتطلب الموازنة بين ميول الفرد الانطوائية والانبساطية والتكامل بين كل مـن

عمليـــات الإحساس والإدراك والمشـــاعر والتفكيـــر عند تخير الحيـــاة والعالـــم الخارجي . (عبد اللطيف، 1990 :86)

وهناك من أكد على أن التوافق يتحقق للكائن الحي عندما يقوم بإشبـــاع دوافعه بأيسر الطـــرق فإذا لم يتيسر له ذلك راح يبحـــث عن أشكال جديدة للاستجابـــة إلى إحداث تعديل في البيئـــة أو تعديل دوافعـــه نفسها بهذا المعنى الحياة كلها عبارة عن عمليـــة توافق مـــستمرة للكائـــــن الحي . (Shaffer& Shoben, 1956 :43- 45)

وترى الباحثة أن أنصار هذه النظرية يركزون على عملية إشباع الدوافـــع وما يتعلق بذلك في طبيعة الفرد وقدرته على تحقيق درجة من الاتزان بين جوانب شخصيتـــه المختلفة، ولا تعير اهتماماً لخبرة الفرد والظروف المحيطـــة به ؛ مع أنها تلعب دوراً هاماً وأساسياً في بناء تلـــك الشخصية، وتمتعها بالتوافق النفسي الذي هو طريق للصحة النفسية .

ب- النظرية السلوكيـــة: يعتبر كل من " واطسن " و " سكنر " من أشهـــر مؤســـسي هـــذه المدرســـة، والتي ترى أن أنمـــاط التوافق وسوء التوافـــق ما هي إلا أنماط سلوكيـــة متعلمة (مكتسبة) من خلال الخبـــرات التي يتعرض لها الفرد، والتي أكدت على أن التوافـــق هـــو عبارة عن جملة من العادات التي تعلمها الفرد في السابق وساهمت في خفض التوتر لديـــه؛ إذ أشبعت آنذاك دوافعه وحاجاته، وإضافـــة إلى كونها مناسبة وذات فاعلية فـــي التعامـــل مـــع الآخرين، ولذا فقد تعززت وأمســـت سلوكاً يستخدمه في حال تعرض لمثل ذلك الموقف مـــرة أخرى . (كفافي، 1990 :42)

ومن هنا يتضح أن مفهـــوم العادة لدى أتباع هذه المدرسة يحتل مركزاً هاماً وأساســـياً فهـــي ـــ من وجهة نظرهم ـــ مفهوم يعبر عن رابطة بين كل من المثير والاستجابة واعـــد تكـــوين مؤقت، متعلم ومكتسب. (زهران، 2002 :62)

واعتقد " واطسن وسكنر " أن عملية التوافق لا يمكن لها أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري، بل تتشكل بطريقة آلية من خلال التكـــرار والتلميحـــات البيئية والمعـــززات وأوضح " ولمان وكراينر" أن الفـــرد الذي لا يثاب على علاقتـــه مع الآخريـــن قد يتجنب التعامل معهم ؛ مما يتسبب في ظهور أشكال شاذة للسلوك . (أبو مصطفى و النجار، 1998 :65)

ومن المؤكد ـــ في رأي الباحثـــة ـــ أن هذه المدرســـة جعلت من الإنسان آلة تكرر سلوكيات متعلمة، كانت قد عززت في السابق، بعيداً عن مشاعر الإنسانية التي تسكن نفس الفرد وتساهم في تشكيل شخصيته، ولذا فهي تجعل من الإنسان مجرد مستجيب لما حوله وليس متفاعل معه أو مغير ومعدل لما هو سلبي في مجتمعه .

ج- **النظرية الإنسانية** : لقد قام ببلورة هذه النظرية مجموعة من العلماء الذين عارضت آرائهم كل من المدرستين التحليلية والسلوكية، واجتمعوا على أن هناك سمات تميز الإنسان عن الحيوان كالحرية والإبداع، وكان في مقدمتهم كل من كارل روجرز وأبراهام ماسلو وجوردون ألبورت، فرأى " روجرز " بأن الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق يلجئون للتعبير عن بعض الجوانب المقلقة في سلوكهم على نحو لا يتسق مع مفهوم الذات لديهم، ويؤكد على أن سوء التوافق النفسي قد يستمر إذا ما حاولوا الاحتفاظ ببعض الخبرات الانفعالية بعيداً عن مجال الوعي أو الإدراك، مما يؤدي إلى جعل إمكانية تنظيم أو توحيد مثل هذه الخبرات (كجزء من الذات التي تتفكك نظراً لافتقاد الفرد قبول ذاته) أمراً مستحيلاً، فيدفع بهم لمزيد من مشاعر الأسى والتوتر وسوء التوافق، ويذهب " ماسلو " إلى أن أصحاب الشخصية المتوافقة يتميزون بخصائص معينة ـ بالقياس إلى سيئي التوافق ـ، ومن أهمها إدراك الواقع على نحو أكثر فاعلية وعلاقات مريحة معه وتقبل الذات والآخرين والطبيعة والتلقائية في الحياة الداخلية والأفكار والدوافع والتركيز على المشكلات والاهتمام بها خارج نفسه والشعور برسالته في الحياة والقدرة على الانسلاخ عما حوله من مثيرات والحاجة إلى العزلة والخلوة الذاتية والاستقلال الذاتي عن الثقافة والبيئة والشعور القوي والتوحد مع الناس والشعور العميق بالمشاركة الوجدانية والمحبة للبشرية ككل والتمتع بعلاقات شخصية متبادلة وعميقة والتحلي بالأخلاق الديمقراطية والتمييز بين الوسائل والغايات والخلق والإبداع . (كفافي، 1990 :35- 36)

وبما أن الشخصية المتوافقة هي تلك التي تتمتع بالتوازن بين الفرد وذاته من جهة وبين الفرد ومجتمعه من جهة أخرى، إضافة إلى الرضى والقبول الذاتي والاجتماعي أيضاً من الفرد نفسه، فلا بد من الإشارة إلى أن هذه المشاعر تتشكل ضمن عدة محددات تتكامل فيما بينها (يعتبر كل من الوراثة والبيئة جانباً منها)، ولا يمكن الحكم على الفرد ضمن اتجاه بعينه دون الآخر .

ثالثاً) النظرية الاجتماعية

ومن أشهر رواد هذه النظرية " فردرك وونهام وهولنجزهيد "، ويشير أتباعها إلى وجود علاقة بين الثقافة وأنماط التوافق، كما يرون أن الطبقات الاجتماعية تؤثر في التوافق النفسي، حيث طبعت الدنيا منها أسباب مشكلاتها و قضاياها بطابع فيزيقي وأظهر أفرادها ميلاً قليلاً نحو علاج المعوقات النفسية، بينما طبع أصحاب الطبقات الاجتماعية العليا تلك الأسباب بطابع نفسي وأظهروا ميلاً أقل لعلاج المعوقات الفيزيقية .

التوافق النفسي من منظور إسلامي :

إن المتأمل والمتفحص لما تضمنته النظريات والفلسفات الوضعية من تصور لشخصية الفرد وبناءه النفسي، وما تميزت به طبيعة الفكر والنظم الإسلامية من تكامل وشمول يدرك مدى كون الإسلام عقيدة سامية (يخرج الإنسان إلى هذه الدنيا وقد جبل عليها)، قال ــ عليه السلام ــ: " كل مولود يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه " متفق عليه، إضافة إلى أنه يغرس في نفوس أبنائه أروع آيات الثقة المطلقة بالله عز وجل والاطمئنان إلى شرعه وقدرته دون تواكل، فقد بين لهم الطريق وأرشدهم إلى ما فيه فلاحهم، وحذرهم من الانجرار نحو الهوى والضياع ، قال تعالى : ﴿ وَقُلِ الْحَقُّ مِن رَّبِّكُمْ فَمَن شَاءَ فَلْيُؤْمِن وَمَن شَاءَ فَلْيَكْفُرْ إِنَّا أَعْتَدْنَا لِلظَّالِمِينَ نَارًا أَحَاطَ بِهِمْ سُرَادِقُهَا ﴾ (الكهف : آية 29)

ذلك علاوة على الرضى اللامحدود بما قسمه الله لخلقه، والإيمان بأن كل ما في الكون يسير وفقاً لمشيئة الله جل شأنه،قال تعالى: ﴿ قُلِ اللَّهُمَّ مَالِكَ الْمُلْكِ تُؤْتِي الْمُلْكَ مَن تَشَاءُ وَتَنزِعُ الْمُلْكَ مِمَّن تَشَاءُ وَتُعِزُّ مَن تَشَاءُ وَتُذِلُّ مَن تَشَاءُ بِيَدِكَ الْخَيْرُ إِنَّكَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ ﴾ (سورة آل عمران – الآية :26)

وانطلاقاً من صلة المسلم بخالقه الواحد الأحد وشعوره بكينونته وقيمته في هذه الحياة ــ باعتباره خليفة الله في أرضه ــ قال تعالى : ﴿ وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً ﴾ (سورة البقرة، آية :30)، يعمرها طبقاً لمنهج الخالق سبحانه وتعالى، والذي يبعث في النفس الأمان، ويمنح المسلم توافقاً نفسياً يعينه في مواقف حياته المختلفة ؛ حيث يعيش في إطار فكري ووجداني يستمد منه دائماً أنماطاً سلوكية سليمة، وبالتالي سلوكاً توافقياً نفسياً صحيحاً، فالمؤمن الصادق يمنحه الله سبحانه وتعالى الأمن والراحة النفسية، طالما أنه يعمل في هذه الحياة على إحقاق الحق وإبطال الباطل . (القاضي، 1994 :51)

وما التوافق النفسي في الإسلام إلا حالة من الانسجام بين رغبات الفرد المسلم وسلوكه من جهة وبين ما يدعو إليه الإسلام من واجبات وأحكام تنظم علاقاته بنفسه وبمجتمعه من جهة أخرى، فتغدو بذلك رغباته طوعاً لما فرضه الله عليه، وبالعكس ؛لانسجام باطنه الداخلي مع مظهره الخارجي (السندي، 1990)

ويوضح الرسول الكريم ــ عليه الصلاة والسلام ــ نموذجاً للتوافق النفسي مع متطلبات الحياة فيقول : " من بات آمناً في نفسه معافاً في بدنه عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها " البخاري . (القاضي، 1994 :52)

وما أعظم من شعور الفرد المسلم بأن جميع ما في الكون إن هو إلا نعماً سخرها الخالق ــ عز وجل ــ لأجله، فحياة الفرد المسلم بكل ما فيها من محن وابتلاءات (قد تعكر صفوه)،

أو أفــراح تريح نفســه إنما هي خيــر كتبه الله لــه، قال رسولنا الكريم (صــلى الله عليــه وسلم) : " عجباً لأمر المؤمن إن أمره كله خير وليس ذلك إلا للمؤمن إن أصابته سراء شــكر فكان خيراً له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له " مسلم .

حتى وإن كان ذلك الابتلاء من شأنه أن يبدد حلماً ارتقبه المسلم وأسرتــه طويلاً، فكم يصعب على الأسرة أن تجد صغيرها وفلذة كبدها (والذي كانت تأمل أن يكون أفضل أبنــاء جيلــه، وتطمح إلى تربيته أطيب تربية ليكون سنداً وعوناً لها في زحمة الحياة) وقد خرج إلى هــذه الدنيا (أو تسببت ظروف ما بعد ميلاده) لأن يكون ذا عينان أطفأ نورها فحولت العالم حوله ظلاماً، أو أذنان عجزت أن توصله بعالم الصوتيات المحيط به، لتقف أمام ذاك المصاب بكــل جلد وثبات، راجية الأجر والثواب من الله عز وجل قال تعالى :﴿ الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ ۝ أُولَٰئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ ﴾ (سورة البقرة، آية :156-157).

فتتجلى في ذلك لدى المسلم أبهى صور التوافق النفســي، ممــا يمنحهــا الرضــى والــصبر والاحتساب والتسليم بقضاء الله وقدره والحرص على التنشئة الطيبة لهذا الــصغير ورعايتــه وغرس دعائم الدين القويم في نفسه وتعزيز ثقته بخالقه جل وعلا؛ ليكون أكثــر قــدرة علــى التمتع بالتوافــق النفسي من خلال تفاعله السليم مع بيئته والرضى بواقعــــه والتــواؤم مــع متغيرات الحياة من حوله، بما يساهم في التغلب على الــضغوط بــشتى أنواعهــا والتعــايش الإيجابي مع الواقع المحيط به ـــ محفوفاً بالرضى ومتشحاً بالصبر ومستعيناً بإرشادات الشرع القويم وتوجيهات المولى العظيم ـــ .

قال تعالى : ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلَاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ ﴾ (سورة البقرة ،آية: 153)

مظاهر التوافق النفسي لدى المسلم

وكم يتضح عمق التوافق النفسي الذي يغرس في نفس المسلم كأثر من آثار ارتباطــه بالــدين الإسلامي فكراً وعقيدة وسلوكاً في ما يميز الفرد المسلم الحق من ســمات ومظــاهر تطفــي صبغة فريدة على شخصيته (سواء في علاقته مع ذاته أو بيئته)، والتي يمكن تلخيصها على النحو التالي :

1- القدرة على فهم الذات وتقديرها والتحكم بها والرضى عنها .

2- الشعور بالسعادة والارتياح فيما يقــوم به من تصرفات تستند إلى قيم ومثل سامية منبعها القرآن الكريم، يمكن أن يفني حيته في سبيل الالتزام والتمسك بها .

3- الصبر والثبات عند الشدائد، واحتساب الأجر والمثوبة من الله عز وجل .

4- قدرة الإنســان على توجيه حياته توجيهاً ناجحاً، فيشبع حاجاته بطريقة سوية، وذلك مــن خلال :

أ- الاستجــابة للمؤثرات الجديدة استجابة ملائمة يتوافق بها الفرد مع البيئة الجديــدة دون أن يغير من طبيعته الأصلية .

ب- إقبال المســلم على عمله في همة واطمئنان مما يزيد في كفايته وقدرته علــى مواجهــة المشكلات بطريقة موضوعية .

ت- العمل المستــمر من أجل الخير العام لكل من في الكون وما فيه، دون انتظار الجزاء إلا من الخالق سبحانه وتعالى، قال (صلى الله عليه وسلم) : " ما من مسلم يغــرس غرســاً أو يزرع زرعاً فيأكل منه إنسان أو طير أو بهيمة إلا كان له به صدقة " متفق عليه .

ث- القناعة وعدم الاتجاه إلى الحياة العصرية المتمثلة في الاستهلاك والمزيد من الاســتهلاك، فغنــى النفس هو الغنى الحقيقــي، يقول الرسول ــ عليه السلام ــ:" ليس الغنى عــن كثــرة العرض ولكن الغنى غنى النفس " البخاري . (القاضي، 1994 :54- 55)

معوقات التوافق النفسي

إن هناك ثمة العديد من المعوقات التي من شأنها أن تقف حائلاً أمام قدرة الفرد علــى تحقيــق قدر مناسب من التوافق النفسي، وقد حاول بعض الباحثين والمختصين في ميدان علم الــنفس والصحة النفسية إلقاء الضوء عليها .

ولأهميتها فيما يتعلق بواقع التوافق النفسي لدى المعاقين فقد ارتأت الباحثة أن تتطــرق إليهــا بمزيد من التركيز وكجانب أخير لجوانب التوافق النفسي التي سعت لتناولها ضــمن المبحــث الحالي، ومن بين أبرز هذه المعوقات ما يأتي:

1- المعوقات المادية : وتعبر عن عدم القدرة على توفير الموارد المالية والإمكانات الماديــة، والتي من شأنها التخفيف من حدة أو أثر الإعاقة على نجاح الطفل الأصم أو الكفيف في القيام بالأنشطة الحياتية المختلفــة، ومن أهمها المعينات الطبية اللازمة للتخفيف من حدة الإعاقــة، كالنظارات الطبية للمكفوفين وضعاف البصر أو المعينات السمعية للصم (الذين لازالت لــديهم بقايا سمعيــة يمكن الاستفادة منها مع وجود تلك السماعــات)، وكــذلك الوســائل التعليميــة والأجهــزة التي يمكن أن تساهم في تحسين واقعهــم الأكاديمي والمهــاري فــي الجوانـــب الحياتية المختلفة (كالمطبوعات بطريقة برايل، والأجهزة الناطقة، سواء التكنولوجية أو غيرها بالنسبة للمكفوفين وضعاف البصر، والأفلام الوثائقية المصورة بالنسبة للصم .. وغير ذلك) .

2- المعوقــات الاجتماعية : وتتمثل في عــدم قدرة المجتمع ــ بعناصره المختلفة ــ علــى التواؤم مع احتياجات الأطفال المعوقين، إما لعدم تفهمها أو قصور القدرة على تلبيتها، والــذي

يرجع بشكل رأسي إلى ضعف التواصل والاتصال فيما بينهم، علاوة على النظـرة الخاطئة التي يحملها معظم أفراد المجتمع اتجـاه المعاقين، والتي يترتب عليها فـرض عزلـة سـواء سلوكية أو فكرية أو وجدانية، ويلعب قصور الاتصال اللغوي دوراً هاماً وأساسياً في تحفيـز هذا العائق وخاصة فيما يتعلق بالأطفال الصم وقدراتهم اللغوية .

3- المعوقات الجسمية : يؤكد (الخطيب، 2005 :84) على أن الصـمم لا يقود بالضرورة إلى سوء التوافق النفسي، كما أن (سيسالم، 1997) يشير إلى أن المكفوفين ليس بالـضرورة أن يتسموا بسوء التوافق، وهذا بدوره يوضح أن كلاً من الإعاقتين السمعية والبـصرية ليـسا سببين رئيسيين في عدم قدرة الطفل على التمتع بقدر مناسب من التوافق النفسي، وبالتالي فإن هناك ثمة معوقات أخرى يمكن أن تكون سبباً لذلك .

4-المعوقات النفسية: ويمكن أن تنشأ عن الصراع النفسي الذي يتعرض له الفرد كنتيجة لعدم قدرته على تحقيق الرضى والاتزان الذي يسعى إليه بشكل مستمر، مما يـشكل عائقـاً أمـام محاولاته المستمرة لتحقيق ذاته، إضافة إلى أن القصور في مهارات الاتصال والتواصل يقلـل من فرصته للتعبير عن مشاعره ورغباته وعدم التفاعل السليم والوعي الإيجـابي بمـا هيـة إمكاناته ونقص البرامج الإرشادية له ولأسرته، مما يؤدي بدوره إلى وجود حـاجز يمكـن أن يحد أو يمنع الطفل المعاق من ممارسة دوره الطبيعي في الحياة، وبالتـالي ضـعف شـعوره بالأمن النفسي والثقة بالنفس والإلقاء به في طائلة الأمراض النفسية والاضطرابات الـسلوكية ذات الآثـار السلبية على مستوى التوافـق النفسي عند غير المعاقين، فكيف إذا ظهرت لـدى المعاقين ؟! .

المبحـث الثـالث

الأطفال الصم والمكفوفين

تقديم :

لقد خلق الله تعالى الناس جميعاً في أفضل صورة وأحسن تقويم، قال تعالى : ﴿ لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنسَانَ فِي أَحْسَنِ تَقْوِيمٍ ﴾ (سورة التين،آيــة: 4)، وما الإعاقة إلا ابتلاء قدره الله تعالى له ؛ لينظــر أيــصبر أم يكفــر هو وأسرته، فيجزيهــم على صبرهم خير الجزاء ــ إن صبــروا ــ ويبشرهم خيــراً به قال تعالى: ﴿ وَلَنَبْلُوَنَّكُم بِشَيْءٍ مِّنَ الْخَوْفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصٍ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ ﴾

(سورة البقرة،آية: 155)

ولذا فقد كان من الأهمية بمكان أن يقف المجتمع بأسره وقفة حقيقيــة مــع المعــاق وأســرته فيساعدهم ليصبحوا أقدر على تحمل المصاب والعيش بكرامة، بدلاً من أن يكون هو عنــوان الويل لهما برفضه وعدم تقبله والوقوف حائلاً أمام محولاته لإثبات ذاته (إن كان قادراً علــى ذلك)، مع أن المعاقين أناس لا يختلفون عن غيرهم سوى أن خللاً ما أصاب جزءاً أو أكثــر من أعضاء جسمهم لسبب ما فحد من قدرتهم على القيام بالأنشطة التي تتطلــب ســلامة تلــك الأعضاء .

وللاقتراب أكثر من الإعاقة وواقع المعاقين (وخاصة الأطفال الصم والمكفوفين) جــاء هــذا المبحث ؛ ليعطي صورة عامة وموجزة عن الإعاقة وواقع المعاقين، ثم يبدأ خلال ذلك التركيز الفعلي على كل ما يمكــن أن يخدم الدراسة الحالية بتناول ما أمكن من الجوانب ذات العلاقــة بالصمم والإعاقة البصرية وخصائص الأطفال الصم والمكفوفين .

تعريف الإعاقة Disability

إن مفهوم الإعاقة ــ كغيره من المصطلحات والتعريفات والمفاهيم في ميدان العلوم الإنــسانية ــ لا يمكن إيجاد تعريف محدد له يضم بين طياته تصور فعلي لكافة جوانب الإعاقة ويعطيهــا تعريفاً موحداً يتم الاتفاق بين جمهور الباحثين والمختصين عليه مضموناً وشكلاً، ولوضع اليد على الخطوات الأولية لإيجاد تعريف للإعاقة (يمكن للباحثة الاستناد إليه فيما بعد) كان لا بد لها من تسليط الضوء ــ ولو بشكل موجز ــ على أبرز تعريفاتها، والتي كانت علــى النحــو التالي :

فأشــار (حسين، 1986 :12 ــ 13) إلى كونهــا ذلك النقص أو القصور المزمن أو العلــة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقاً سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليميــة والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحول بينه وبين المنافسة المتكافئة مــع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع، ولذلك فهو بحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية

والتأهيليـــة وإعادة التدريب وتنمية قدراته رغم قصورها، حتى يستطيع أن يعيش ويتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع ويندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعاق .
واعتبرها (عبد الرحيم، 1997 :9) كل قصور جسمي أو نفسي أو عقلي أو خلقي يمثل عقبة في سبيل قيام الفرد بواجبه في المجتمع، ويجعله قاصراً عن الأفراد الأسوياء الذين يتمتعــون بسلامة الأعضاء وصحة وظائفها .
وعرَّفتها " منظمة الصحة العالمية " على أنها حالة من القصور أو الخلل في القدرات الجسدية أو الذهنية، ترجع إلى عوامل وراثية أو بيئية وتعيق الفــرد عن تعلُّم بعض الأنشطة التي يقوم بها الفرد السليم المشابه في السِّن .
وجاء كذلك أنّها حالةُ تَحُدُّ من مقدرة الفرد على القيام بوظيفةٍ واحدةٍ أو أكثر من الوظائف التي تعتبر من العناصر الأساسية للحياة اليومية من قبيل العنايــة بالــذَّات أو ممارســة العلاقــات الاجتماعية أو النشاطات الاقتصادية ضمن الحدود التي تعتبر طبيعية .(الهيتي، 2002 :36)
وأورد (بوشيل وآخرون، 2004 :31) بأنها حالة جسمية أو عقلية، يمكن أن تضعف أو تحد مــن مهارات الطفــل أو تبطء من نمو مهاراتــه في اللغة والتفكير والمهــارات الشخــصية والاجتماعية والحركية مقارنة بالأطفال الآخرين .
وهي في رأي (القريطي، 2005 :24) مصطــلح يشير إلى الأثر الانعكاســي النفــسي أو الانفعالي أو الاجتمــاعي أو المركب الناجم عن العجز والذي يمنــع الفرد أو يحد من مقدرته على أداء دوره الاجتمــاعي المتوقع منه والذي يعد طبيعياً بالنسبة لسنه ونــوع جنسه، وتبعــاً للأوضاع الاجتماعية والثقافية .
ويعرف " نصراوي " المعاق بأنه الشخــص الذي ليست لديه مقدرة على ممارســة نــشاط أو عدة أنشطة أساسية للحياة العادية نتيجة إصابة وظائفه الجسمية أو العقلية أو الحركيــة إصــابة ولادية أو لحقت به بعد الولادة .
أما " هيشان " فأفاد بأنه الشخص الذي ينحرف عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقليــة أو الانفعالية أو الاجتماعية وفقاً للمعايير السائدة بحيث يحتاج إلى خدمات خاصة لعدم قدرته على إشباع حاجاته بنفسه . (يوسف، 2003 : 13- 14)
وذكرت (جاف، 1995 :6) بأنه الشخص الذي عجز عن أن يؤمن لنفسه سواء بصورة كلية أو جزئية الضرورات العاديــة للحياة الفردية أو الاجتماعية بسبب قصور خلقي أو غير خلقي في قدراته الجسمانية أو العقلية .

ورأى بعضهم بأنه الشخص الذي استقــر به عائق أو أكثر يوهِن مِن قدرتِه ويجعلُهُ في أمَــسّ الحاجة إلى عونٍ خارجي . (نور، ب. ت :157)

وغالباً ما يستخدم مصطلح معاقين من وجهة نظر (سليمان، 1998 :10) في وصف أولئـــك الأفراد الذين ينحرفون سلباً عن أقرانهم العاديين بدرجة ملحوظة، وبصورة مستمرة من جراء قصور بدني أو حسي أو ذهني، وينشأ ذلك نتيجة لإصابة في الجهاز العــصبي المركــزي أو إصابة إحدى الحواس أو غيرها من أعضاء الجسم، نتيجة لمرض طــارئ أو عيــب وراثـــي تكويني، مما ينجم عنه عدم قدرة الفرد على الاستجابة لمتطلبات الحياة اليومية ــ في مجتمــع معين ــ بصورة عادية .

وهم عند (فرّاج، 2001 :14) أفراد يعانون نتيجة عوامل وراثية أو بيئية مكتسبة من قُصور القدرة على تعلُّم أو اكتســاب خبراتٍ أو مهاراتٍ و أداءِ أعمالٍ يقــوم بها الفرد العادي السليم المماثل لهم في العمر والخلفية الثقافية أو الاقتصادية أو الاجتماعية .

ويورد (بدران وعز الدين ، 2003 :15) بأنهم تلك الفئة من الأفــراد المــصابين ذهنيـــاً أو حركياً أو بصرياً أو سمعياً، وهذه الإعاقــة تقف عقبة أمامهم للقيــام بمهــارة أو أكثــر مـــن مهارات الحياة الأساسية .

أما (الحاج، 2002) فيرى بأنهم أشخاصاً ابتلاهم الله تعالى بما أفقدهم شيئـــاً من قدراتهم أو حواسهم ، فأصبحوا معوّقين عن الحركة والعمل والكسب أو العطاء كغيرهم من الناس، ومـــن ثم احتاجوا إلى مزيدٍ من الرعاية والعناية .

والطفل المعاق في رأي (العيسوي، 2000 :57) هو الذي يتدنـــى مستوى أدائه عن أقرانـــه بشكل ملحوظ في مجال من مجالات الأداء، وبشكل يجعله غير قادر على متابعة الآخـــرين إلا بتدخل خارجي منهم أو بإجراء تعديل كلي في الظروف المحيطة به .
أما الباحثة فترى أن الإعاقة ما هي إلا القصور أو النقص ــ الناجم عن سبب ما ــ في قـــدرة عضو أو أكثر من أعضاء الطفــل على القيام بدورها الطبيعي، وبالتالي الحـــد مـــن إمكانيـــة ممارسته لأنشطة الحياة اليومية المختلفة على نحو مشابه لما عليه الحال لدى أقرانه في مثـــل جنسه وسنه الذين يعيشون الظروف الاجتماعية والاقتصادية ذاتها، وقـــد يكـــون القـــصور أو النقص عقلياً أو جسدياً أو حسياً، جزئياً أو كلياً .

نسبة انتشار الإعاقة

ومع أنه لم يكن من السهل إجراء دراسات مسحية دقيقة تكشف عن النسبة الحقيقية لمدى انتشار الإعاقة ــ ليس على مستوى الوطن العربي فحسب بل على صعيد كافة المجتمعات العالمية ــ والذي يرجع سببه إلى الاختلاف في المعايير الاجتماعية والثقافية للحكم عليها من مجتمع لآخر وكذلك اختلاف تأثيراتها على قدرات المصابين بها فيما بين بعضهم البعض، وهذا كله وغيره اضطر المختصين لإجراء دراسات مسحية محدودة أمكن من خلالها إعطاء تقديرات نسبية حول مدى انتشار الإعاقة (سواء على مستوى العالم أو في مجتمع ما)، ويمكن توضيح تلك التقديرات وفقاً لما عرضه بعض الباحثين والمختصين في هذا الميدان وذلك على النحو التالي :

يشكل المعاقين حتى سنة 2000 م في رأي (بدران وعز الدين، 2003 :13) نسبة عالية من سكان المعمورة حيث يبلغ عددهم التقريبي أكثر من خمسمائة مليون معاق أي حوالي (10%) من السكان، يعيش (80%) منهم في الدول النامية .

وتقدر بعض المصادر أن ما نسبته (3 ــ 10%) من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، ووفقاً لما جاء في حولية اليونسكو عام (1999 ــ 2000 م) بأن عدد سكان العالم العربي هو حوالي (250) مليون، فإذا اعتمدت نسبة الحد الأدنى للإعاقة (3%) حسب التقديرات العالمية فإن عدد المعاقين في البلاد العربية يصل إلى حوالي سبعة ملايين ونصف، وإذا أخذت نسبة الحد الأعلى لها (10%) فإن مجموعهم يصل إلى حوالي (25) مليون معاق تقريباً . (الروسان، 2001 :25 ــ 26)

وتوقع " الشريف " أن يكون إجمالي عدد المعاقين في مصر خلال العام 2006م هو حوالي (2490127) ويكون من بينهم (109859) معاق سمعياً، و (183098) معاق بصرياً . (القريطي، 2005 :34)

ولم يكن حال الدراسات المسحية للتعرف على النسبة الفعلية لمدى انتشار الإعاقة في فلسطين بأحسن حالاً من المجتمعات الأخرى، إضافة إلى أن الممارسات الاحتلالية الهمجية ضد أبناء الشعب الفلسطيني وما تستخدمه من عدة حربية وأسلحة محرمة دولياً في قمع انتفاضة الشعب والموجهة ضد الطفل والشاب والشيخ والمرأة والرجل وحتى الجنين في بطن أمه، ترك لتزايد المستمر في مستوى الإعاقة بأنواعها المختلفة باباً مشرعاً لا يمكن إغلاقه ما دام هذا الاحتلال البربري جاثماً على الأرض الفلسطينية وما دام بين أبناء شعبها من به ذرة من نفس صادق عشق الشهادة في سبيل الله لأجل ترابها الطاهر، ولذا فقد كانت محاولات إجراء تلك الدراسات محدودة ــ مع أنها لم تكن معدومة ــ فقد أجرت بعض المؤسسات جملة من الدراسات المسحية (التي سعت للكشف عن مدى انتشار الإعاقة) وكان من أبرزها :

الدراسة التي أجراها (الجهــاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000 : 33) وقد أوضحت أن نسبة انتشار الإعاقة في فلسطين بلغت (1.8%) من مجمل السكان، حيــث كانــت فــي الضفة الفلسطينية (1.9%) وفي قطاع غزة (1.6 %) .

والدراسة التي عرض نتائجها (المركز الوطني للتأهيل المجتمعي، 2003م) وهدفت للكــشف عن مدى انتشار الإعاقة بأنواعها المختلفة في محافظات قطاع غزة .

جدول رقم (2)

نسبة انتشار الإعاقة في محافظات غزة وفقاً لدراسة المركز الوطني للتأهيل المجتمعي

المحافظة	عدد السكان	عدد المعاقين	النسبة
الشمال	202367	3452	%1.71
غزة	359512	9091	%2.53
الوسطى	155498	2197	%1.41
خان يونس	214495	3187	%1.49
رفح	130673	1836	%1.41
المجموع	1062545	19763	%1.86

ووفقاً للتقديرات العالمية، وتبعاً لما أفاد به الجهــاز المركزي للإحصاء الفلسطيني عــن عــدد سكــان كل من الأراضي الفلسطينية بشكل عام وقطاع غزة على نحو خاص حتى نهاية العام (2005م) فإن عدد المعاقين الذين يعانون من شكل أو أكثر من أشكال الإعاقة في الأراضي الفلسطينية ــ والمقدر عدد سكانها بحوالي (3986813) فرداً ــ يتراوح ما بين (119604 ــ 398681) معــاقاً تقريباً، أما في قطــاع غزة فمن المتوقــع أن يتراوح عددهــم ما بين (42504 ــ 141680) معاقاً تقريبــاً وذلك إذا كان عدد سكان القطاع هو (1416802) فرداً كما أورده الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني في تلك الفترة .

تصنيفات الإعاقة

إن هناك محاولات عدة لإعطاء تصنيفات دقيقة ومحددة للإعاقة فمن بين تلك التــصنيفات مــا يرتكز إلى تاريخ الإعاقة فيصنفها على أنها إما ولادية أو مكتسبة، ومنها من يركز على سببها فيرى بأنها إما خلقية أو وراثية أو مكتسبة، وهناك من يجعل من طبيعة العضو الذي يــصاب بالخلل أو القصور المؤدي للإعاقة أساساً في عملية التصنيف وذلك على النحو التالي :

أ- **الإعاقة الحسية** : وهي ما تصيب أي من حواس الجسم الأساسية والشائع فيما بينها الإعاقة البصرية والسمعية وقد تكون عجزاً جزئياً أو كلياً في قدرة عضو الحس على القيــام بــدوره الطبيعي في الشعور والاستجابة لمثيرات العالم من حوله .

ب- الإعاقة الجسمية أو الحركية : ويكمن القصور الناجم عن هذه الإعاقة في قدرة عضو أو أكثـــر من الأعضاء المسئولة عن الحركـــة في جسم الإنسان على القيـــام بوظائفها، وذلك إما بسبب نقص أو قصور في التركيـــب أو الوظيفة يرجع إما لعيوب خلقية أو عوامل وراثية أو بيئيـــة، وتؤثر بالتالي على مستوى قدراتـــه الحركية وقيامه بالأنشطة الحياتية المختلفة التـــي يتطلب القيام بها سلامة تلك الأعضاء .

ت- الإعاقة العقليـــة : وتنجم عن خلل في أي من أجزاء الدمـــاغ أو وظائفها وبالتحديد في الأجزاء التي تتحكم بالقدرات العقليـــة للفرد، نتيجة لسبب ما، ويعد التخلف العقلـــي والتـــأخر الدراسي من أبرز أشكالها وأكثرها شيوعاً .

وهناك من بين المختصين من أضاف إلى هذا التصنيف كل من الإعاقة الاجتماعية والنفـــسية أو الانفعالية والأمراض المزمنة .

وتجدر الإشارة إلى أنه قد يظهر لدى الفرد أكثر من إعاقة في نفس الوقت (متعدد الإعاقـــات، الإعاقات المزدوجة)، كما أن هناك من بين الإعاقات من يكون لها تأثيـــرها علـــى قـــدرات أخرى تتسبب في قصورها كأن يعجز الطفل الأصم عن الكلام أو اكتساب اللغـــة مع ســـلامة أعضاء النطق لديه، أو إعاقات يترتب على الإصابـــة بها في الغالب العديد من أشكال الإعاقة الأخرى فالشلل الدماغي ــ مثلاً ــ كثيراً ما يصاحبه مشاكل في السمع أو البصر أو القـــدرات العقلية والنطق .

وإن هناك من بين المعاقين حسياً من يعاني من فقد في حاستي السمع والبصر في نفس الوقت ــ ألا إنهم الصم المكفوفين ــ وهم فئة من المعاقين تمتاز من حيث مدى انتشارها بالندرة فمن بين كل عشرة آلاف فرد تجد واحداً يعاني من إعاقة حسية مزدوجة .(الخطيب، 2005 :221) وتتسم بكونها فقدت القدرة على السمع والبصر جزئياً أو كلياً (بالنسبة لإحـــدى الحاســـتين أو كلاهما)، ولقلة الحالات التي تعاني منها إضافة إلى أنه غالباً ما يكون فقد أي من الحاســـتين محـــدوداً ــ يمكن الفرد المعاق من الاستفادة بشيء منه على نحـــو يسير ولا يجعله معـــزولاً بالمطـــلق عن العالم من حوله ــ كان تناول الباحثين والمختصـــين لها أمراً يمكن أن يوصف بالنادر أيضاً .

ولعلاقة هذه الإعاقة ــ ولو جزئياً ــ بفئات الإعاقة المستهدفة ضمن الدراســـة الحاليـــة فقـــد ارتأت الباحثة تسليط قبسات من الضوء عليها بشكل عام ودون تخصيص لجوانب محددة فيها، سواء من منظور عام أو من خلال ما أورده الباحثين والمختصين عنها .

فيرى (الخطيب، 2005 :218) بأنهم أشخاص لديهم إعاقة حسيـــة مزدوجة، بمعنـــى أنهـــم أشخاص يعانون من إعاقة سمعيـــة وإعاقة بصرية أيضا، الأمر الذي ينـــتج عنـــه مـــشكلات تواصلية شديدة ومشكلات نمائية وتربوية أخرى، بحيث لا يمكن خدمتهم بشكل مناســـب فـــي

مراكز التربية الخاصة التي تقوم على رعاية الأطفال الصم أو تلك التي تقوم على رعاية الأطفال المكفوفين .

أما (الزريقات، 2003 : 334) فيذكر أن مصطلح الصم المكفوفين يستخدم في وصف الأطفال الذين يعانون من إعاقات سمعية وبصرية تتراوح في مداها من الفقدان الشديد إلى الشديد جداً وعالمهم القريب ينتهي عند أصابعهم، بعض هؤلاء الطلبة لديهم بقايا بصرية كافية تسمح لهم بقراءة الكلمات الكبيرة ورؤية لغة الإشارة والتحرك المحدود في بيئاتهم ومعرفة الأصدقاء وأسرهم، وبعضهم لديه بقايا سمعية كافية لفهم بعض الأصوات الكلامية أو سماع أصوات الضجيج العالية، بعضهم قادر على أن يطور الكلام بنفسه والبعض الآخر لديهم سمع وبصر يمكنهم من الاستفادة بشكل قليل من الحواس، والغالبية العظمى من هؤلاء الأفراد لديهم إعاقات أخرى بالإضافة إلى الفقدان السمعي والبصري ومعظمهم بحاجة لدعم من الآخرين ليجعل عالمهم آمناً ويمكن الوصول إليه .

وقد أنشت أول مدرسة لتعليمهم في فرنسا عام (1784)، وكانت " لورا بردجمان Laura Bridgman " أول فتاة صماء عمياء تتعلم الكلام وذلك في عام (1837) وأسست أول منظمة إقليمية لتعليم الصم المكفوفين عام (1953) بالولايات المتحدة الأمريكية . (الخطيب، 2005 :218 - 219)

وبطبيعة الحال فإن الإعاقة التي يعانيها الأطفال الصم والمكفوفين تتسبب في عزلتهم عن العالم من حولهم جزئياً ــ كل حسب إعاقته ــ وبالتالي فإن المعاناة من الإعاقتين في نفس الوقت يلقي بهم في شباك العزلة المطبقة التي يمكن أن تهدد بناءهم النفسي وقدرتهم على اكتساب المهارات الحياتية، وخاصة إذا كان المجتمع من حولهم لا يتفهم واقعهم أو يعيرهم أي اهتمام، مع أنهم أناس من حقهم التعليم والتدريب والمشاركة الاجتماعية والعيش بكرامة كسواهم من أفراد أي مجتمع .

واقع المعاقين في الإسلام

تأتي رعاية المعاقين في الإسلام انطلاقاً من أوجه عدة يمكن تلخيصها في ما يأتي :

1- أخوة الدين قال تعالى: ﴿ إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ ﴾ (سورة الحجرات، آية :10)، والأخوة تقتضي الولاء والمساندة والدعم والتعاون، قال تعالى: ﴿ وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى ﴾ (سورة المائدة، آية :2)، وقول نبينا الكريم (عليه الصلاة والسلام) " من كان يؤمن بالله واليوم الآخر فليحب لأخيه ما يحب لنفسه " (متفق عليه) .

2- لا فرق بين أبناء الإسلام إلا بالتقوى، قال جل شأنه: ﴿ يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُم مِّن ذَكَرٍ وَأُنثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوباً وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِندَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ ﴾ (سورة الحجرات، آية: 13)

3- التراحم بين المسلمين أمر حرصت الشريعة على ترسيخه في نفوس أبنائها، قال الرسول الكريم (صلى الله عليه وسلم) " الراحمون يرحمهم الرحمن " و " ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء " (متفق عليه)

4- هم بشر كرمهم الله تعالى كغيرهم، قال تعالى: ﴿ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُم مِّنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِّمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلاً ﴾ (سورة الإسراء،آية: 70)

5- الدعوة إلى الإحسان والبر، قال تعالى: ﴿ إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَى ﴾ (سورة النحل،آية: 90)، وقوله عليه السلام : " إن الله كتب الإحسان في كل شيء " (مسلم) .

6- المعاقين لديهم احتياجاتهم الخاصة والإسلام رغب أبناءه في مساعدة اخوتهم على قضاء حوائجهم، قال عليه السلام : " إذا أراد الله بعبد خيراً استعمله على قضاء حوائج الناس " و : " ما من عبد أنعم الله عليه نعمة فأسبغها عليه إلا جعل إليه شيئاً من حوائج الناس فإن تبرم بهم فقد عرض تلك النعمة للزوال " (البيهقي) .

وإضافة إلى ما تم ذكره من أوجه فقد منح الإسلام رخصاً تختص بهم ــ كل حسب إعاقته ــ، قال تعالى: ﴿ لَّيْسَ عَلَى الْأَعْمَى حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْأَعْرَجِ حَرَجٌ وَلَا عَلَى الْمَرِيضِ حَرَجٌ وَمَن يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ يُدْخِلْهُ جَنَّاتٍ تَجْرِي مِن تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ ﴾ (سورة الفتح،آية: 17)، وقوله عليه السلام : " رفع القلم عن ثلاث النائم حتى يستيقظ والصغير حتى يكبر والمجنون حتى يعقل " (مسلم) .

ولذا فقد اهتم الإسلام بتوفير الأجواء التي تضمن لهم التمتع بمشاعر الأمن والاستقرار النفسي والاجتماعي ــ على كافة مستوياته ــ فمن عتاب للرسول الكريم لإعراضه عن الأعمى وإقباله للكافر يدعوه، إلى النهي عن الهمز واللمز قال سبحانه وتعالى: ﴿ وَيْلٌ لِّكُلِّ هُمَزَةٍ لُّمَزَةٍ ﴾ (سورة الهمزة، آية :1) كأنواع من الإيذاء المعنوي، وصولاً إلى أي شكل من أشكال الإيذاء الجسدي وبالتالي الحرص على ضمان معيشة كريمة لهم تساعدهم في قضاء احتياجاتهم وتيسر لهم أمور حياتهم دون أي نوع من أنواع الأذى سواء المعنوي أو المادي .

وقد حرص الولاة في عصور الإسلام الزاخرة على الاهتمام بهم ورعايتهم وتأمين مقومات الحياة الكريمة لهم، فكغيرهم من أبناء أمة الإسلام اهتم الخليفة الراشد (عمر بن الخطاب) بتسجيل أسمائهم في تدوين الدواوين وفرض لهم العطايا التي تغنيهم وتترفع بهم عن العوز وحاجة الآخرين، وقد كان له قولته المشهورة : " لو مات جمل ضياعاً على شطِّ الفرات لخشيتُ أن يسألني الله عنه " (البخاري) . (الحاج، 2002)

وما كان واقعهم في عهد أمير المؤمنين (عمر بن الخطاب) بأحسن مما كان عليه الحال في عهد الولاة المسلمين الصادقين من بعده، فهذا عمر بن عبد العزيز (الإمام الذي ضرب فيه المثل في العدل بين المسلمين) والوليد بن عبد الملك (الذي بنى للمجزومين مستشفى في ضواحي دمشق ــ ولا زال شامخاً يشهد على ذلك ــ) وأبو جعفر المنصور (والذي بنى مستشفى للمكفوفين ومأوى للمجزومين وملجأ للعجائز)، كما خصصوا لكل أعمى قائداً ولكل مقعد خادماً ونصيباً لكل محتاج من بيت مال المسلمين . (الحاج، 2002)

كما أن الإسلام جعل الحقوق البشرية عامة ولم يخصصها لفئة من الناس، فقال صلى الله عليه وسلم في طلب العلم : " طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة " (متفق عليه)، وقال الله تعالى في وصف أمة محمد (عليه السلام) : ﴿ كُنتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ ﴾ (سورة آل عمران، آية :110) .

ولذا فقد أوجب الاهتمام بكافة الجوانب الحياتية للمعاقين وعدم التفريق بينهم وبين أي من أبناء الإسلام سواء في الحقوق أو الواجبات والمساواة بينهم في فرص التعليم والعمل والترفيه، وغير ذلك .

المعاقين في القوانين والتشريعات

إن من بين القوانين والتشريعات العالمية سواء الغربية منها أو العربية من يختص بالمعاقين أو يركز على حقوق الإنسان بشكل عام دون تمييز بين الناس، كما أن هذه القوانين قد تسير نظام حياة البشر في مجتمع ما بعينه أو تحكم العلاقات الإنسانية بينهم في كافة أرجاء العالم في نفس الوقت، واستناداً إلى هذه القوانين يمكن التعرف على حقوق المعاقين التي كفلتها لهم، ويمكن تلخيص تلك الحقوق المنبثقة عنها في ميادين عشرة هي :

1- التعليم
2- العمل
3- الصحة
4- المشاركة الاجتماعية والضمان الاجتماعي
5- الحرية ومنها حرية التعبير عن الرأي والانتماء للأحزاب السياسية
6- الترفيه والتنقل واستخدام المرافق العامة
7- تكافؤ الفرص وعدم التمييز
8- العيش بكرامة
9- الاحترام المتبادل

10- الغذاء والمأوى والملبس

ومن بين أبرز تلك القوانين والتشريعات ما يأتي :

أ- اتفاقية الأمم المتحدة الخاصة بحقوق الطفل : ونصت المادة " 23 " فيها على أنه :

1- تعترف الدول الأطراف بوجوب تمتع الطفل المعوق عقلياً أو جسدياً بحياة كاملة وكريمة، في ظروف تكفل له كرامته وتعزز اعتماده على نفسه وتيسر مشاركته الفعلية في المجتمع .

2- تعترف الدول الأطراف بحق الطفل المعوق في التمتع برعاية خاصة وتشجع وتكفل للطفل المؤهــل لذلك وللمسئولين عن رعايته، رهناً بتوفر الموارد وتقديم المساعدة التي يقوم عنهــا طلب والتي تتلاءم مع حالة الطفل وظروف والديه أو غيرهما ممن يرعونه .

3- إدراكاً للاحتياجات الخاصة للطفل المعوق توفر المساعدة المقدمة (وفقاً للفقرة " 2 ") من هذه المادة مجاناً كلما أمكن ذلك، مع مراعاة الموارد المالية للوالدين أو غيرهما ممن يقومـــون على رعاية الطفل، وينبغي أن تهدف إلى ضمان إمكانية حصول ذلك الطفل فعلاً على التعلــيم والتدريب وخدمات الرعاية الصحية وإعادة التأهيل والإعداد لممارسة عمل والفرص الترفيهية وتلقيه ذلك بصورة تؤدي إلى تحقــيق الاندماج الاجتماعي للطفل ونموه الفردي، بما في ذلــك نموه الثقافي والروحي على أكمل وجه ممكن .

4- على الدول الأطراف أن تشجع ــ بروح التعاون الدولي ــ تبادل المعلومات المناسبة فــي ميدان الرعاية الصحية الوقائية والعلاج الطبيعي والنفسي والوظيفي للأطفال المعوقين، بما في ذلك نشر المعلومات المتعلقة بمناهج إعادة التأهيل والخدمات المهنية وإمكانية الوصول إليهــا، وذلك بغية تمكين الدول الأطراف من تحسين قدراتها ومهاراتها وتوسيع خبرتهــا فــي هــذه المجالات. (جاف، 1995 :20)

ب- قانون حقوق المعاقين رقم " 4 " للعام (1999) : وهو أول قانون نص علـــى الحقوق المدنية للمعاقين في فلسطين، واعتبر من أفضل القوانيــن والتشريعات التي تم سنهــا ــ بمــا يخص المعاقين ــ ليس في فلسطين فقط بل على مستوى جميع الدول العربية، وقد ضم " 20" مادة، وقد نصت مادته الثانية على أن للمعوق حق التمتع بالحيــاة الحــرة والعــيش الكــريم والخدمــات المختلفة شأن غيره من المواطنيــن له نفس الحقوق وعليه واجبات في حدود مــا تسمح به قدراته وإمكاناته، ولا يجوز أن تكون الإعاقة سبباً يحول دون تمكــن المعــوق مــن الحصول على تلك الحقوق . (الاتحاد العام للمعاقين الفلسطينيين، 1999 :6)

وقد صدرت اللوائح التفسيرية لهذا القانون بعد إقرارها رسمياً في (6/ 2004 م) ومنذ ذلــك الحين والقانون يرقب لحظة الإفراج عنه من معتقلة على رفوف المسئولين عن تنفيذه ويشتكي الإهمال، في الوقت الذي يحاول بعض المخلصين كسر قيوده ؛ لينقذوا معاقي فلــسطين مــن واقع أضحوا هم سبباً رئيسياً من أسباب استمراره على هذا النحو، ونسأل الله القدير أن يــأتي

اليوم الذي يعود فيه عهد عمر بن عبد العزيز، فيغمر الدنيا حباً وتعاوناً وأخـوة، وعدالـة لا تفرق بين أي من أبناء الإسلام .

وبما أن الدراسة الحالية تستهدف بين طياتها كل من الأطفال الـصم والمكفـوفين فـستحاول الباحثة الاستطراد في هذا المبحث لتركز على الصمم والإعاقة البـصرية كجـانبين هـامين ورئيسيين من جوانبها، فتستفيض بشكل أو بآخر في تناول بعض الزوايا الهامة التي يمكن أن تتيح للقارئ فرصة الاقتراب أكثر من واقعهم والتعرف على ما أمكن من معلومات ذات علاقة بهم .

أولاً: الـصـــم

تقديم :

تعتبر حاسة السمع من أولى الحواس التي تمارس وظيفتها في مراحـل مبكـرة مـن تكـوين الإنسان، وقد أشارت كتابات علم الأجنة إلى " تقدم بدء تخلُّق السمع على البصر فتجعلـه فـي الأسبوع الثالث للحمل، وأن الجنين يسمع وينفعل مع الأصوات الخارجية والداخلية منذ شـهره السادس ولكنه لا يميزها أو يعقلها " . (كونجر وآخرون، 1987 :130)

وبعظم الفرحة التي تغمـر قلب الوالدين والمحيطين حفاوة بالمولود الجديد (المتمتع بسلامـة الجسد)، بقدر ما تحملـه صرخة الوليد من رمز لحيـاة مشوبة بالحذر من المجهول، والـذي تظهر صوره بمزيد من الألم والصـراع إذا وجد أن أذناه (التي تمثـل المركـز الأساسـي والرئيسي لاكتساب اللغة والاتصال بعالم الأصوات من حوله) قد فقدت القدرة على الاستجابة للمثيرات السمعية لسبب ما سواء منذ الولادة أو فيما بعدها، ليعيش الطفل في هذه الدنيا وينمـو في هدوء مخيف وصمت مطبق، فيغدوا سائراً في عالم صامت لا يستطيع التجـاوب معـه أو الاتصال به سوى بجسد يتحرك كما الآخرين ــ يود محادثتهم ولكنهم لا يستقبلون، يـسامرونه بشفاه تتحرك دون رسائل تفهم وكأنهم لا يتكلمون، تخرج من بين شفتيه أصوات، ولسان حاله عاجز عن التعبير وعيناه تحمل في أعماقها حيرة وجملة من التساؤلات، فتراها تجول النظـر فيما حولها بحثاً عن إجابات مقنعة لها حيث تختلف الصور من حين لآخر وتتغير وتتحول من مكان إلى مكان ومن لحظة لأخرى ــ، وبين هذا وذاك يحاول الطفل الأصم أن يدرك ما يدور حوله من خلال ما يراه ويبحث عن طريقة ليتواصل مع من حوله ويتعرف على ما في العـالم المحيط به ويسعى للتفاعل مع بيئته بكل ما فيها لإشباع رغباته وتلبية احتيـاجاته ــ برغم ما يمكن أن يشكل صممـه من عائقاً يحول دون ذلك ــ ممـا قد يتسبب في حالة من الـصراع والإحباط (حتى وإن كانوا في مجتمع يسوده المتعلمين)، وذلك لأن " الكثير مـن المعـارف

والكتابات المعاصرة عن الصم تدور حول فكرة مركزية واحدة الفرد الأصم بدون نطق هـو إنسان عاجز عديم الحيلة " (مندل وفيرنون، 1974 :25)

ولما لهذا الانطباع من سلبيات على العلاقة بين الأصم والمجتمع من حوله ؛ كـان لابـد مـن التركيز على الأطفال الذين هم أكثر تأثراً بواقع المجتمع الذي يدفع بدوره إلى حالة من سـوء التوافق النفسي، وبالتالي إلى جملة من الاضطرابات السلوكية التي غالباً ما تكون نتاج لمشاعر النقص والرغبة في جذب الانتبـاه، وقد جاءت الدراسة الحالية للكشف عن مدى تأثير الـصمم على سلوك الطفل ومستوى توافقه مع ذاته من جهة، ومع البيئة المحيطة به من جهة أخـرى، ولهذا فقد تضمنت هذه الزاوية من المبحث الحالي بعض الجوانب المتعلقة بالصمم والأطفـال الصم، وذلك أملاً من الباحثة في بناء قاعدة معلوماتية قوية بما يدور حولهـم ومـن شـأنه المساهمة في إثراء الجوانب المعرفية والتطبيقية في الدراسة الحالية .

واقع الصمم بين مصطلحات اللغة

تأخذ كلمة أصم بتصريفاتها اللغوية المختلفة معاني عدة، وذلك ما أوضحه علماء اللغة ووفـق ما ورد في المعاجم اللغوية إما أصلاً أو امتداداً ..

فتأتي أصم عند (الزمخشري، 1143) بمعنى صم عن حديثه، وتـصامى عنـه، وأصـمهم دعائي إذا لم يجيبوك، ولمع به لمع الأصم لأن النذير إذا كان أصم لا يسمع بالجواب فهو يكثر اللمع يظن أن قومه لم يروه، ومنها أصاب الصمويم والصميم هو العظم الذي هو قوام العضو، وسيف مصمم ماض في الضريبة، وصامة من الحية الصماء التي لا تقبل الرقية وصما ابنـة الجبل .

وعند (الجوهري، 1003) صمم صمـام القارورة سدادها، وحجـر أصم صـلب مـسمط والصماء الداهية، ورجل أصم بين الصمم فيهم، وكان أهل الجاهلية يسمون رجـب شـهر الله الأصم، قال الخليل : " إنما سمـي بذلك لأنه كان لا يسمع فيه صوت مستغيث ولا حركة قتال ولا قعقعة سلاح لأنه من الأشهر الحرم " .

ويقال في رأي (الزبيدي، 1966) صمام أي تصاموا في السكوت، وصممه بحـذر وصـم صداه أي هلك، والصم (بكسر الصاد) اسم من أسماء الأسد، وهو الرجل الـشجاع، والـذكر من الحياة، وجمعه صمم، وصميم الشيء خالصة، يقال : هو في صميم قومه، وصميم البـرد أشده، والصماء من الأرض الغليظة .

وهو في الأذن عند (الطلاقاني، ب.ت) ذهاب سماعها، وفي القناة اكناز جوفها وفي الحجـر صلابة، والصمة جمعها صمام وهي الشجاع .

مفهوم الصمم عند جمهور الباحثين والتربويين

وكغيره من المصطلحات في الميدان الإنساني كان حال تعريف الصمم، حيث إن "هناك بعض التبـاين في استخـدام المصطلحات التي تتعلـق بموضوع الإعاقة السمعيـة، سـواء بـين المتخصصين أو غير المتخصصيـن في مجال التربية الخاصة، مما قد يسبـب بعض الخلـط أو الغمـوض عند استخدام تلك المصطلحـات، فهناك من يستخدم مصطلح المعوقيـن سمعياً وهو يعنـي الصم، وهناك من يلتبـس عليه الأمـر فيخلط بيـن معنى الـصم وضعـاف السمع " . (اللقاني والقرشي، 1999 :15)

ولذا فستقوم الباحثة في هذا الجانب بعرض كل الآراء والتعريفات التي أمكن التوصل إليهـا ؛ لإلقاء الضوء على مدى التباين والاختلاف بين آراء الباحثين والمختصين في تعريف الـصمم أو الأصم، وسعياً للوصول لتعريف محدد يمكن أن يخدم أهداف الدراسة الحالية، وذلك علـى النحو التالي :

فالصمم تربوياً من وجهة نظر (أحمد وأحمد، 1991) هو حالة الفرد التي يكون فيها سـمعه عاجزاً، ويعبر عنها من خلال استقبال الكلام بأصوات أخرى توصف كمياً بالتردد والشدة .

وعرفه " قانون التعليم لكل الأطفال المعاقين " وفق هذا المنظور بأنه عبارة عن إعاقة سـمعية تكون شديدة لدرجة تعوق الطفل عن معالجة المعلومات اللغوية مـن خـلال الـسمع، سـواء باستخدام أجهزة للتكبير الصوت أو من دونها، الأمر الذي يـؤثر بـشكل ضـار علـى الأداء التربوي للطفل . (منصور، ب.ت)

والصمم في رأي (جابر وكفافي، 1990 :861) هو الغياب الجزئـي أو الكلـي أو الفقـدان الكامل لحاسة السمع .

وهو عند (حافظ، 1995 :17) عدم القدرة على سماع الأصوات وفهمهـا، والأصـم هـو الشخص الذي فقد حاسة السمع أو قدر منها، أو هو كل من ولد ولم يكتسـب لغة التخاطب في المحيط الذي يعيش فيه بطريقة طبيعية بسبب فقده القدرة على السمع وبمعنى آخر فإن الأصـم هو الشخص الذي يعاني فقدان في السمع إلى درجة تجعل من المستحيل عليـه فهـم الكـلام المنطوق مع استعمالـه المعينات السمعية أو بدونها فهو لا يستفيد من حاسـة الـسمع لأنهـا معطلة لديه .

ويعني كما أورد (Ysseldyke & Algozzine, 1995: 384) القصور في السمـع بصفة دائمة أو غير مستقرة بما يؤثر بشكل سلبي على الأداء التعليمي للطفل .

أما (الخطيب، 1997 :30) فيؤكد على أنه الحالة التي تكون فيها حاسة السمع غير وظيفيـة لأغراض الحياة اليومية الأمر الذي يحول دون القدرة على استخدام حاسة السمع لفهم الكـلام واكتساب اللغة .

وأفاد (عبد الرحيم، 1997 :89) بأنه انتفاء السمع بتاتاً .
وبنفس الاتجاه أكد (محمد، 2004 :367) على أنه الفقد الكلي لحاسة السمع .
وأشار كل من (اللقاني والقرشي، 1999 : 15) و (الجبالي، 2005 :23) إلى أن المقصود به حدوث إعاقة سمعية على درجة من الشدة، بحيث لا يستطيع معها الفرد أن يكون قادراً على السمع وفهم الكلام المنطوق، حتى مع استخدام معين سمعي .
وعرفته (عبيد، 2000 :33) بأنه عبارة عن حرمان الطفل من حاسة السمع إلى درجة تجعل الكلام المنطوق ثقيل السمع بدون أو باستخدام المعينات .
وبالنسبة للصم فهم عند (الملا، ب.ت : 79) هم الأفراد الذين يكون القصور السمعي لديهم خطيراً بدرجة تمنعهم من اكتساب اللغة في البيئة العادية .
وأورد " مؤتمر مديري المدارس، 1938 " بأنهم هؤلاء الذين لا تفي حاسة السمع لديهم بوظيفتها بالنسبة للأغراض العادية للحياة، وفي تعريفه للأصم عام (1975) أفاد بأنه ذلك الشخص الذي لديه عجز سمعي يعوقه عن الفهم الصحيح للمعلومات اللغوية من خلال السمع، مع أو بدون استخدام معينات سمعية . (اللقاني والقرشي، 1999 :16)
والأطفال الصم في رأي (عفانة وكباجة، 1997 :84) هم الأطفال الذين يعانون من فقد في السمع نتيجة لتضرر العصب السمعي أو القناة السمعية بدرجات متفاوتة، فهي إما منخفضة من 25- db40 أو متوسطة من 40- db70 أو شديدة من 70- db90 أو عميقة من db110-90، ناتجة عن أسباب وراثية وأخرى بيئية .
وهم كما أورد (سليمان، 1998 :67) أولئك الأطفال الذين فقدوا حاسة السمع ؛ لأسباب إما وراثية أو فطرية وإما مكتسبة، منذ الولادة أو بعدها، الأمر الذي يحول بينهم وبين تعلم اللغة والكلام، ومن ثم متابعة الدراسة وتعلم خبرات الحياة مع أقرانهم العاديين ـــ وبالطرق العادية ـــ ولذا فهم في حاجة ماسة إلى تأهيل يناسب قصورهم الحسي، وعليه فالصم هم " تلك الفئة من الأفراد الذين يعانون نقصاً كاملاً في القدرة السمعية ويتعذر عليهم الاشتراك في أنشطة مجتمعية ". (سليمان، 2003 :47)
ويؤيده (حسين، 1986 :67- 68) في الرأي .
وأوضح (القريطي، 2005 :299) بأنهم أولئك الذين لا يمكنهم الانتفاع بحاسة السمع في أغراض الحياة العادية، سواء من ولد منهم فاقد السمع تماماً أو بدرجة أعجزتهم عن الاعتماد على آذانهم في فهم الكلام وتعلم اللغة أو من أصيبوا بالصمم في طفولتهم المبكرة قبل أن يكتسبوا الكلام واللغة أو من أصيبوا بفقدان السمع بعد تعلمهم الكلام واللغة مباشرة لدرجة أن آثار هذا التعلم قد تلاشت تماماً، مما يترتب عليه في جميع الأحوال افتقاد المقدرة على الكلام وتعلم اللغة .

والأصم من وجهة نظر (Scheiner, 1980: 111-112) هو الشخص الذي تبلغ درجـــة سمعه (70) ديسبل فأكثر، ولذا فإنه لا يتمكن من سماع الكلام بشكل عادي حتى في وجــود معينات سمعية، وعليه فالصمم عبارة عن فقد في حاسة السمع يتعــدى غالبــاً عتبــة (80) ديسبل أو عدم القدرة على معرفة الأصوات حتى مع استخدام الأدوات السمعية المتاحــة ودون الاعتماد على الحواس الأخرى في الاتصال بالآخرين .

وعند (بوحميد، 1983 :90) هو ذلك الشخص الذي لا يمكنه استخدام حاسة السمع نهائياً في حياته اليومية، وعليه فالأطفال الصم هم أولئك الذين يولدون فاقدين للسمع تمامــاً أو بدرجــة تكفي لإعاقة بناء الكلام واللغة أو يفقدونه في مرحلة الطفولة المبكرة قبل تكوين الكلام واللغة، فلا يمتلكون القدرة على الكلام وفهم اللغة .

وينحى (Moores, 1996) المنحى نفســه فيعرف الأصم بأنه الشخــص الذي يكون مقدار الفقدان السمعي لديه 70 ديسبل أو أكثر، مما يعيق فهم الكلام من خلال الأذن وحــدها ســواء باستخدام أو بدون استخدام السماعات الطبية .

وبنفس الاتجاه عرفته " اللجنة التنفيذية لمؤتمر المديرين العاملين فــي مجــال رعايــة الــصم بالولايات المتحدة الأمريكية " بأنه الفــرد الذي يعاني عجزاً سمعياً إلى درجــة فقدان ســمعي (70 db فأكثر) . (القريوني وآخرون، 1998) .

واعتبره (Smith, 2001) الشخص غير القــادر على إدراك الأصوات في البيئــة المحيطة بطريقة مفيدة باستعمال السماعة الطبية أو بدون استعمالها ولا يستطيع استعمال حاسة الــسمع كطريقة أولية أساسية لاكتساب المعلومات .

ويتفق كل من " قطبي والشخص والدماطي " في تعريفهم له بأنه من تعدت لديه درجــة الفقــد السمعي (90) ديسبل فأكثر، مما يحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكــلام، وأن لغته لن تنمو عن طريق القناة السمعيــة وحدها بل يعتمد نموها على قنوات حسية أخرى مثل البصر وغيره من الحواس . (محمد، 2002 :9)

وسار (الزريقات، 2003 :56) على نفس النهج فأفاد بأنه الشخص الذي يتم تطور مهارات التواصل لديه بشكل رئيســي من خلال المجال المرئي، إما بلغة الإشارة أو قــراءة الــشفاه، فتكون طريقة التواصل لديه قائمة على ما هو مرئي .

والطفل الأصم كما ذكر (العزة، 2001 :21) هو الطفل الذي لا يسمع لأنه فقد قدرته علــى السمــع، ولذا لم يستطع اكتســاب اللغة وفهمهــا، وعدم القــدرة على الكــلام تبعــــاً لــذلك وأكد (الروسان، 2001 :172) على أن ذلك الفقــدان السمعي يكون في السنــوات الــثلاث الأولى من العمر .

وهو عند (الميقاتي، 2001 :12) الطفل الذي فقد قدرته السمعية بصورة شديدة مما منعه من تطوير الكلام واللغة بشكل طبيعي .

ومع عموم التعريفات والآراء السابقة، إلا أن هناك مجموعة من المختـصين تطرقـوا إلـى تعريف الصمم من منظور طبي، وذلك كما يلي :

فالصمم طبياً عند (دبابنة، 1996 :21) هو جميع درجات فقدان السمع التي تتخطـى عتبـة الـ30 وحدة سمعية ويشمل الصمم الكلي والصمم الجزئي (وهو قليل الوجود) .

والطفل الأصـم من المنظور الطبي ـ كما أفاد (كامل، 1996 : 216) ـ هو الطفل الـذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته أو قبل تعلم الكلام أو فقدها بمجرد أن تعلم الكلام لدرجـة أن آثار التعلم فقدت بسرعة.

ويشاركه في الرأي كل من (السليطي وحـافظ، 2002) و(فهمـي، 1980 :64) حيـث منحوه نفس التعريف

بينما يرى (منصور، ب.ت) بأن الشخص الأصم يتحدد طبياً بأنه ذلك الشخـص الذي تصل درجة فقدان السمـع عنده على الأقل إلى (70 dB HL) من حيث مسـتوى السمـع، وهي درجة تتراوح وفقا لمستويـات فقدان السمع ما بين الفقـدان " الشديد " و" العميـق" للـسمع ؛ وهذا المستوى من فقدان السمع يعوق فهم الكلام من خلال السمع.

وذكر (بدران وعز الدين ، 2003 :254) بأنه الإنسان الذي حرم من حاسة السمع منذ ولادته قبل أن يتعلم الكلام، ولذلك فهو لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية .

ولكي يكون تعريف الصمم أكثر وضوحاً ودقة كان لا بد للباحثـة أن تعـرج علـى بعـض المصطلحات (الإعاقة السمعية، ضعف السمع) والتي يمكن الخلط بينها وبين الصمم (وذلـك بشيء من الإيجاز والاختصار) ؛ لتتمكن من إعطاء تعريف محدد له، ومحاولة التوصل على نحو أكثر دقة إلى ما هية الاختلافات والفروق بين كل منهم، وذلك على النحو التالي :

أولاً) تعريف الإعاقة السمعية Hearing Impairment :

فيرى (Lioyd, 1973) و(محمد، 2004 :150) أن الإعاقة السمعية تعني انحرافـاً فـي السمع يحد من القدرة على التواصل السمعي – اللفظي .

وتعتمد في رأي (العزة، 2001 :22) على شدة الفقدان السمعي عند الفرد ـ مقاسة بالديسبل ـ، و التي تؤثر على الأداء التربوي والمهني له .

وأفاد (الزريقات، 2003 :56) بأنها أي نوع أو درجة من الفقدان السمعي، والتـي تـصنف ضمن بسيط، متوسط، شديد أو شديد جداً .

وأورد (عبد الحي، 2001 :31) بأنها تلك الحالة التي يعاني منها الفرد نتيجة عوامل وراثية أو خلقية أو بيئية مكتسبة من قصور سمعي يترتب عليه آثار اجتماعية أو نفسية أو الاثنتين معاً، وتحول بين أداء بعض الأعمال والأنشطة الاجتماعية التي يؤديها الفرد العادي بدرجة كافية من المهارات، وقد يكون القصور السمعي جزئياً أو كلياً، شديداً أو متوسطاً أو ضعيفاً، مؤقتاً أو دائماً، متزايداً أو متناقصاً أو مرحلياً .

وهي عند (الخطيب، 2005 :24) عبارة عن مستويات متفاوتة من الضعف السمعي تتراوح بين ضعف سمعي بسيط وضعف سمعي شديد جداً .

واعتبرها (القريطي، 2005 :299) مصطلح عام يغطي مدى واسع من درجات فقدان السمع، يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة .

هذا ويؤكد مجموعة من الباحثين على أن غالبية الأطفال ذوي الإعاقة السمعية لديهم مقدار متبقي من السمع، وهي حقيقة معروفة منذ عشرات السنين (منصور، ب.ت :32)

ثانياً) تعريف ضعف السمع Hard of Hearing :

وفيه تمتاز حاسة السمع بأنها لم تفقد وظائفها بالكامل، فعلى الرغم من ضعفها إلا أنها وظيفية، وتمثل قناة يعتمد عليها في تطور اللغة . (الخطيب، 2005 :24)

والطفل ضعيف السمع Hard Hearing Child عند (يونس وحنورة، 1990 :72) هو الذي لديه تلف في السمع، وعلى الرغم من تخلفه السمعي فإنه يمضي وفقاً للنمط العادي، وتحتاج تربيته ترتيبات خاصة أو تسهيلات معينة على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التي تستخدم مع الأطفال ذوي الصمم الكلي .

واتفق كل من (عبيد، 2000 :33) و (العزة، 2001 :22) على أنه الطفل الذي فقد جزءاً من قدرته على السمع بعد أن تكونت لديه مهارة الكلام والقدرة على فهم اللغة، واحتفظ بقدرته على الكلام، ويحتاج إلى وسائل سمعية معينة .

وأورد (السرطاوي، 1991 :309) بأن ضعيف السمع هو ذلك الشخص الذي يعاني من نقص في حاسة السمع بدرجة تجعل من الضروري استخدام أجهزة أو أدوات مساعدة حتى يتمكن من فهم الكلام المسموع .

وهو عند (حافظ، 1995 :17) الذي فقد جزءاً من سمعه بحيث لا يستطيع أن يسمع بعض أجزاء الكلام ولا يستجيب استجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله بما يقع في حدود قدرته السمعية، ويمكن بناء لغته إذا أعطي المعين السمعي المناسب .

وأوضح كل من (Ysseldyke & Algozzine ,1995: 385) بأنه الفرد الذي يعجز سمعه لدرجة تتراوح في العادة ما بين (35- 96) ديسبل مما يجعل من الصعب عليـــه بدرجـــة لا تعوقه عن فهم الكلام عبر الأذن فقط سواء باستخدام معين سمعي أو بدونه .

وعرفه (اللقاني والقرشي، 1999 :16) بأنه الفرد الذي تقوم حاسة السمع لديه بوظيفتها مـــع وجود عجز بها، وذلك باستخدام أو بدون استخدام معينات سمعية .

ويشاركهما (سليمان، 2003 :47) في الرأي .

وأشار (الجبالي، 2005 :25- 26) إلى أنه ذلك الشخص الذي يشكو ضعفاً في السمع وفـــي قدرته على الاستجابة للكلام المسموع بطريقة تدل على إدراكه لما يدور حوله، بما يتناسب مع قوة سمعه، فهو يعاني من قصور سمعي يتراوح ما بين 35- 69 ديسبل، ويؤثر ســـلباً علـــى أدائه التربوي، مع أن الحالة لا تصل إلى مستوى الصمم إلا أنه يكون بحاجة إلـــى اســـتخدام معينات سمعية ليتمكن من فهم الكلام المسموع .

أما (بدران وعز الدين ، 2003 :255) فيرى بأن ضعاف السمع هم الأشخاص الذين تؤدي حاسة السمع وظيفتها لديهم عن طريق استخدام آلات سمعية طبية .

وأورد كل من (المغـــازي، 2004 :116) و(القريطي، 2005 :300) بأنهم أولئك الـــذين لديهم قصور سمعي أو بقايا سمع Residual Hearing، ومع ذلك فإن حاسة الـــسمع لـــديهم تؤدي وظائفها بدرجـــة ما، ويمكنهم تعلم الكلام واللغة سواء باستخدام المعينـــات الـــسمعية أو بدونها .

وذكر (محمد، 2004 :155) بأنهم أولئك الأشخاص الذين يعانون من قـــصور فـــي حاســـة السمع يتراوح في درجته بين (25) إلى أقل من (70) ديسبل، وهو الأمر الذي لا يعـــوق قدرتهم من الناحية الوظيفية على اكتساب المعلومات اللغوية المختلفة، سواء عن طريق آذانهـــم بشكل مباشر، أو عن طريق استخدام المعينات السمعية اللازمة حيث يكون لهؤلاء الأطفـــــال بقايا سمع residual hearing تجعل حاســـة السمع من جانبهم تؤدي وظيفتها بدرجـــة مـــا، وذلك استناداً على مصدر الصوت الذي يجب أن يكون في حدود قدرتهم السمعية .

ومما سبق ترى الباحثة أن الإعاقة السمعية هي مصطلح شامل لكل درجات فقد الـــسمع التـــي تتعدى عتبة (35) ديسبل، بحيث تتراوح ما بين الفقدان البسيط جداً والكلي، وتشمل كل مـــن ضعف السمع والصمم، بينما يعني ضعف السمع انخفاض في القدرة السمعية بدرجة لا تمنـــع الشخص من اكتساب اللغة والكلام من خلال الأذنين سواء باستخدام معينات سمعية أو بدونها، كما أن مستوى سمعه يتعدل بدرجة كبيرة عند استخدام المعينات السمعية الطبية بشكل مناسب، وفي الوقت المناسب .

أما الصمـــم (من وجهة نظر الباحثة) فهو يعني عدم القـــدرة على الاستفادة من بقايا حاســـة السمع ــ وحتى مع وجود المعينـــات السمعية ــ في اكتساب اللغـــة اللفظيـــة وتعلـــم الكـــلام والقراءة، مما يعيق عملية الاتصال اللفظي فيما بين الشخص الأصم والمحيطين به، وقد يكون ولادياً أو مكتسباً، قبيل اكتساب اللغة أو في مراحل تطورها (وخاصة خلال السنوات الـــثلاث الأولى من العمر)، بحيث سرعـــان ما تختفي آثارها، وتجعل الطفل بذلك في حاجـــة ماســـة لتعلم أساليب اتصال بديلة كحركة الشفاه ولغة الإشارة .

نسبة انتشار الصمم

وبما أنه لم يكن من اليسير الاتفاق بين الباحثين على تعريف محدد للصمم، فإنـــه لـــيس مـــن اليسير أيضاً الحصول على نسب دقيقة لمدى انتشاره، هذا بالإضـــافة إلـــى أن " الدراســـات المسحية التي أجريت تعاني من مشكلات عديدة تتمثل في كون أساليب التقييم غيـــر دقيقـــة أو غير كافية وكون العينات غير ممثلة والافتقار إلى معايير ثابتة لتحديد مستوى الفقدان السمعي" (الخطيب، 2005 : 31)

ومع ذلك فإن هناك من الباحثين والمختصين من اجتهد في تحديد نسب معينة لمـــدى انتـــشار الصمم، وسوف تقوم الباحثة بعرض ما أمكنها من تلك النسب، ثم تحاول في ضـــوئها تحديـــد نسبة انتشاره في فلسطين عامة وفي قطاع غزة بشكل خاص .

فأشار كل من (الحجار، 2004 :160) (الروسان، 2001 :172) إلى أن هناك ما يقـــرب من (99%) من الناس يتمتعون بالقدرة على السمع بشكل عادي، ولكن هنـــاك مـــن بيـــنهم حوالي (0.5%-1%) يعانون من إعاقة سمعية، وقدر صندوق الملكة علياء للعمل التطوعي المجتمعي الأردني عام (1979) عدد المعاقين سمعيـــاً في الأردن بحوالي (3193) فـــرداً أي ما نسبته (16.9%) من مجموع معوقيها .

وقد ذكر (العزة، 2001 :22) أن الإعاقة السمعيـــة هي الأقل انتشاراً بين الإعاقات الأخرى (فنسبة انتشـــار أي منها يقدر بحوالي 0.5%)، في حين تقـــدر نسبة انتشار الصمم حـــوالي (0.075%)، وأن بين كل مائة شخص تجد شخصاً ضعيف سمع .

ويحدد " Northern & Anderson " نسبة انتشار الصمم بما يعادل تسعة لكل ألف من أفراد أي مجتمع . (الزريقات، 2003)

وأكد " Glorig & Robert "على أن نسبة انتشاره تـــصل إلـــى (0.5%) مـــن إجمـــالي أفـــراد المجتمـــع . (يوسف، 2003 :229) .

وأفاد (الزريقـــات، 2003 :61) أن هناك أكثر من مليوني شخص مصـــابين بالصمم الشديد جداً بالولايات المتحدة الأمريكية وحدها، ويوجد في السويد حوالي (8.000) شخص مصاب

به، وفقاً لإحصائيات عام (1996)، بينما يولد (200) طفل أصم سنوياً فيها تبعاً لما تشير إليه الجمعية الوطنية السويدية للصم .

هذا ويوجد بالولايات المتحدة الأمريكية حوالي (1950000) طفل أصم، أي ما يعادل حوالى (1790) من بين السكان . (Serrano – Miranda- Amarilis، 1999)

وبلغت نسبة انتشاره وفقاً للدراسات الغربية حوالي (0.75%)، وهذا يعني أن هناك ما يقرب من (150.000) أصم في الوطن العربي . (الخطيب، 2005 :32)

وقد قدرت " منظمة الصحة العالمية " نسبة الصم في دول العالم النامي بحوالي (1%) من تعداد السكان، وإذا صحت هذه التقديرات فذلك يعني أن هناك ما يقارب (10.000) شخص أصم في قطاع غزة . (كباجة، 2001 :21)

ووفقاً لما أورده جهاز الإحصاء المركزي أن عدد سكان قطاع غزة قد بلغ في نهاية عام (2005) ما يقرب من (1416802) فرداً، وتبعاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية فترى الباحثة أن من الممكن أن يكون عدد الصم في القطاع هو (14168) فرداً تقريباً .

إلا أنه لا توجد دراسات مسحية دقيقة توضح عدد الصم في فلسطين، باستثناء بعض الإحصائيات التي يمكن أن تساهم في إعطاء تصور مبدأي لنسبة انتشار الفقد السمعي دون تمييز لشدته، حيث يبين (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000 :41) أن حوالي (2364) فرداً يعانون من إعاقة سمعية فقط، بينما هناك (2931) لديهم إعاقات سمعية ونطقية .

والجدول التالي يوضح نسبة وجود المعاقين سمعياً في محافظات قطاع غزة، وفقاً لنتائج المسح الميداني الذي عرض نتائجه (المركز الوطني للتأهيل المجتمعي، 2003):

جدول رقم (3)

النسب التقديرية لمدى انتشار الإعاقة السمعية في محافظات قطاع غزة

المحافظة	العدد	بالنسبة للمعاقين	بالنسبة للسكان
شمال غزة	587	%17.005	%0.29
غزة	575	%6.32	%0.16
الوسطى	366	%16.66	%0.24
خان يونس	758	%23.78	%0.35
رفح	393	%21.03	%0.30
قطاع غزة	2679	%13.55	%0.25

تشريح وفسيولوجيا الأذن وآلية السمع :

الأذن هي عضو السمع كما هي مفتاح التوازن في جسم الإنسان، علاوة على كونهـا بوابـة اكتساب اللغة ؛ ولذا كان لا بد على الباحثة أن تعمد إلى إعطاء تصـور – ولو يسير – عـن بناء هذا الجهـاز العظيم (المسمى بالجهاز السمعي)، وإلقاء الضوء على آلية عمله ؛ ليسهل فيما بعد التعرف على بعض الأخطـار التي قد تنجم عن إصابة أي جزء من أجزائه، وكيـف يمكن أن يحدث الصمم .

يتكون هذا الجهاز من ثلاثة أقسام رئيسية : خارجية ووسطى وداخلية، وما من شـك أن هـذه الأقسام الثلاثة متصلة داخلياً وتعمل كوحدة متكاملة في التعامل مع الأصوات والمساعدة علـى السمع، ويمكن توضيح كل منها على النحو التالي :

أولاً) الأذن الخارجية The Outer Ear:

وتعمل هذه الأذن على تجميع الموجـات الصوتية وتحديد موقع الصوت، كما وتقوم بوظيفـة توصيل الطاقة الصوتية وحماية للأذن الوسطى . (الزريقات، 2003 :20)

وتتكون من الصوان والقناة السمعية والطبلة .

أ- الـصوان Auricle هو الجزء الظاهري من الأذن، يشبه شكل البوق، مصنوع في معظمه من مادة غضروفية مغطاة بالجلد وليس به سوى قدر قليل نسبياً من الدم، ينقـسم إلـى ثلاثـة أجزاء العلوي منها يسمى غالباً بالحلزون Helix، أما الجزء الأدنى المدلى فيـسمى بـشحمة الأذن Lobul، والصحن عند مدخل القناة السمعية يعرف محارة الأذن .

وتتركز وظيفة الصوان في تجميع الموجات الصوتية وتوجيهها إلى القناة السمعية، كمـا لهـا دور هام في تحديد مصدر الصوت معتمداً في ذلك على شدته ونغمتـه، وحمايـة قنـاة الأذن، وتضخم الأصوات بحدود (4500) هرتز . (**)

ب- القناة السمعية الخارجية External auditory canal : وهي ممر ضيق يبلغ طوله انش واحد أو أكثر بقليل، تقع الطبلة في نهايتها الداخلية وتبرز فتحتها الخارجية علـى جانـب الرأس، وتأخذ شكل (S)، الثـلثان الخارجيان من القنـاة يتكونان من غضروف يبلغ طولـه لدى البالغ بوصة واحدة تقريباً مما يسمح بتردد اهتزازات الصوت بمعدل (3400) هيرتـز، وهو مغطى بالجلد ويضمان غدداً شمعية ودهنية تفرز مادة " الصملاخ cerumen " الشمعية، وثالث داخلي عظمي مغطى بالجلد، وتعمل هذه القناة على توجيه الصوت إلـى طبلـة الأذن، وكمضخم ومقوياً للأصوات التي تكون ذبذبتها في حدود (2700) هرتز، إضافة إلى حمايـة الأذن والطبلة من المؤثرات الخارجية كالجراثيم والغبار من خلال المادة الشمعية التي تفرزها

الغدد المبطنة لها والقليل من الشعر المنتشر بداخلها، علاوة على ضيق ممرها والشكل الــذي تأخذه . (**)

ت- طبلة الأذن Eardrum : وتقع في نهاية قناة السمع الخارجية، وهي عبارة عن طبقــة من الأغشية الرقيقة تأخذ شكل القلب، وتتسم بشدة قوتها لاحتوائها على ألياف متقاطعة (ولكن ثمة خطر بأن يتمزق إذا خدش بأداة حادة)، وتتحــرك بفعل موجات الضغط الصوتية التـــي ترتطم بسطحها وتهتز بما يناسب شدة الموجة الصوتية وبسرعة تتناسب مع ذبــذبتها، ومنهـــا تبدأ حاسة السمع حيث تتصل في مركزها بعظمة المطرقة الموجــودة فـــي الأذن الوســطى، وتعمل على تحويل الترددات الصوتية إلى اهتزازات . (**)

ثانياً) الأذن الوسطى The Middle Ear

وهي عبارة عن فراغ مليء بالهواء، موجود ضمن العظم الصدغي للجمجمة، وتحتوي علـــى ما يأتي :

أ- العظيمات الثلاث : وهي عبارة عن سلسلة عظيمات صغيرة تسمى وفقاً للشكل الذي تأخذه (المطرقة Mealus والسندیان Incus والركاب Stapes)، فتلتصق بغشاء الطبلة عبر ممسك المطرقة والمسمى (نصاب القص Manubrium)، كما ويثبت رأس العظم المطرقي داخـــل التجويف السنداني، المتصل بدوره في العظم الركابي والموصل بغشاء آخر يفــتح إلـــى الأذن الداخليـــة، وتتعدى وظيفة هذه العظيمات مجرد نقل أنماط الذبذبات أو الترددات مـــن الطبلـــة، فهي تعمل على تكبير الأصوات الضعيفة (50) مرة من خـــلال تركيز التموجات الصوتية، ومن جهة أخرى فإنها تعمـــل على تخفيف حدة الأصوات العالية من خلال الدور الذي تلعبـــه العضلات الواصلة بين المطرقة والجمجمة من جهة والسندیان والركاب من جهة أخرى . (**)

ب- قناة أوستاكيوس The Eustachian Tube : وهي عبارة عن أنبوب ضيق يمتد بين تجويف الأذن الوسطى والتجويف البلعومي في القسم الخلفي من الفم، ويتلخص عملهـــا فـــي الحفاظ على التوازن في مستـــوى الضغط الجوي داخل الأذن الوسطـــى والتجويف الفمـــي ؛ للتقليل من آثار ارتفاع الضغط أو انخفاضه على سلامة الأذن. (**)

ثالثا) الأذن الداخلية The Inner ear

وفيها يحدث آخر تحول للطاقة ، حيث تتحول الطاقة الميكانيكية إلى موجات صـــوتية، وذلـــك عند الغشـــاء القاعدي Basilar Membrane، إضافـــة إلـــى كونهـــا لا تلعـــب دوراً هامـــاً وأساسياً في عملية السمع فحسب، بل تعتبر ذات أهمية محورية في الحفاظ على توازن جـــسم الإنسان، ومن أبرز أجزائها :

أ- **القوقعة Cochlea** : وهي عبارة عن أنبوب ثلاثي، تشبه من حيث شكلها غطاء الحلزون، وفي الجزء الخارجي منها توجد النافذتان البيضاوية والدائرية، أما الجزء الداخلي فهــو علــى شكل قناة تحوي السائل اللمفاوي الداخلي (وهو مصدر الأكسجين الوحيد للقوقعة) . (**)

ب- **عضو كورتــن Organ of Corti** : والذي يتمثل دوره في تحويل الموجــات الصوتية إلى رسالات عصبية، فهو يمتد على طول غشاء القوقعة، ومن أهم أجزائه الخلايا الــشعريــة Hair Cells، التي تمر من خلالها آلاف من الألياف العصبيــة Afferent Nerve Fibers إلى الداخــل مكونة العصب السمعي (العصب القحفي الثامن)، والتي تصل إلى مركز السمع في الفص الصدغي من الدماغ . (**)

ت- **الدهليز Vestibu** : يعتبر صلة الوصل بين القوقعة والقنــوات الهلاليــة، توجــد فيــه الأعضاء التي تقيس الحركة والوضعية وقوة الجذب، ويقع أعلــى القوقعــة مملــوء بالــسائل اللمفاوي المحيطي وينتهي عند النافذة البيضاوية لها . (**)

ث- **القنوات الهلالية Ampullae of Semicircular Canals** : وهي عبارة عن قنوات صغيرة ودقيقة أفقية وأمامــية وخلفية، شبه دائرية، تمتلئ بالسائل وتشكل جــزءاً مــن التيــه الغشائي، يبرز دورها في الحفــاظ على توازن الجسم، وذلك من خلال إرســال المعلومــات حول وضع الرأس في الفراغ . (**)[1]

ومما سبق يتضح بأن التموجات الصوتية تتجمع من كل الاتجاهات عبر صوان الأذن لتنتقــل بعد ذلك عبر قناة السمع الخارجية إلى غشاء الطبلة، والذي يحول الطاقــة الكهرومغناطيــسية الصادرة عبر الموجات الصوتية إلى طاقة ميكانيكية تتضاعف قوتهــا عبــر عظيمــات الأذن الوسطى الثلاث، ليصل إلى الأذن الداخلية والتي تتحول الطاقة خلالها إلى إرسالات عــصبية تصل إلى مركز السمع في الفص الصدغي من الدماغ ليقوم بدوره في ترجمتـــــها وتحويلهــا إلى مدركات حسية يتعــامل معها الإنسان وفقــاً لخبراته، ولذا فالسمع هو مفتــاح الاتــصال اللفظي للفرد وكذلك الصلة بينه وبين عالم الأصوات المحيط به .

(**) فارد، 1987 : 8-19، 38-39

دبابنة، 1996 :49-57

محمد، 2004 :155-160

سليمان، 2003 :27-31

الزريقات، 2003 :20-34

الخطيب، 2005 :16-21

أسباب الإصابة بالصمم :

ووفقاً لتركيب الأذن فإن أي خلل يحــدث في جزء أو أكثر من أجزائها قد يتسبب في الإصابة بفقد سمعي مؤقت أو دائم، مما قد يكون دافعاً لظهور الصمم ، ويمكن تصنيف هــذه الأســباب إلى :

أ- **أسباب ولادية** : يمكن أن تؤدي إلى الإصابــة بالصمم الــولادي نتيجـــة التعــرض لأي منها، حيث " يوجد سببــان هامان للصمم الولادي Gongental deafness الصمم الــوراثي Genetic، والحصبــة الألمانيــة Rubella، وعمومــاً فــإن الإصــابة بالصــمم تكـــون متوقــعة للمولود عندما يكون أحــد أو كلا الوالدين أصمــاً، وذلك وفقاً للقاعــدة الوراثية . (مندل وفيرنون، 1974 :61)

وليس ذاك فحسب بل إن كل من الحميات أو تعــرض الحامل للإشعــاع والتسمــم (وخاصة خلال أشهر الحمل الثلاث الأولى)، واختلاف الجينات أو العامل الريزيسي، نقص الأكسجين، وكذلك الصدمات التي قد يتعرض لها الوليد أثناء عملية الولادة .

ب- **إن هناك ثمة أسباب تؤدي بدورها إلى الإصابة بالصمم بعد الولادة**، ومــن أهمهــا مــا ينتشر لدى الأطفال كالتهاب الأذن الوسطى وأورامها أو تكدس بعض الأنسجة الجلدية بداخلها، أو الإصابة بالحميات الفيروسية أو البكتيرية، والحوادث والإصــابات، وكــذلك الأمـــــراض الوراثية كضمور العصب السمعي أو تصلب عظمة الركاب . (القريطي، 2005 :312)

والجدول التالي يوضـــح النسب المئوية لأسباب الإعاقة السمعية في قطاع غزة، وفقاً لتقديرات (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000 :50-51) :

جدول رقم (4)

النسب المئوية لأسباب الإعاقة السمعية في قطاع غزة

السبب	الضفة الفلسطينية	قطاع غزة	المتوسط
مرض	21.3	17.6	19.45
خلقي	73.6	78	75.8
الاحتلال	0.7	0.9	0.8
حوادث	2.3	1.3	1.8
آخر أو غير معروف	2.1	2.2	2.15

وبدراسة متفحصة لعينة الدراسة الفعلية (والبالغ عدد أفرادها 135 طالباً وطالبة)، فقد تبــين أن الوراثة هي أكثر الأسباب التي أدت لحدوث الصمم لديهم ، والجدول التالي يوضح النــسب المئوية لتوزيع أسباب الصمم على أفراد العينة :

جدول رقم (5)

النسب المئوية لأسباب الصمم لدى أفراد عينة الدراسة

السبب	العدد	النسبة	تاريخ الإعاقة			
			منذ الولادة	النسبة	أول خمس سنوات	النسبة
وراثي	82	%60.7	76	%92.68	6	%7.32
مرض الأم	3	%2.2	3	%100		
أخطاء طبية	4	%2.96	4	%100		
العامل الريزيسي	2	%1.5	2	%100		
مرض	19	%14.07	4	%21.05	15	%78.94
إصابة	11	%8.15	3	%27.27	8	%72.7
إصابة الأم	2	%1.5	2	%100		
غير معروف	12	%8.89	6	%50	6	%50

تصنيفات الصمم :

إن هناك ثمة تصنيفات متعددة ومتنوعة للصمم، فمنها ما يرتكز إلى تاريخ الإصابة بالصمم ويعتبره إما ولادي يظهر منذ الولادة، أو مكتسب حيث يصاب الفرد (وخاصة الأطفال) بالصمم لسبب ما بعد الولادة سواء قبيل أو بعد اكتساب اللغة والكلام.

بيد أن هناك تصنيفات له تعتمد على طبيعة المنطقة المصابة في الجهاز السمعي والخلل الذي أدى لظهوره (ويمتاز هذا التصنيف بكونه الأدق والأكثر انتشاراً) .

أ- الصمم التوصيلي Conductive :

يشير (دبابنة، 1996 :26) إلى أنه أبسط أنواع الصمم، ويعد " من أكثر أنواع الفقدان السمعي شيوعاً بين الأطفال " . (الزريقات، 2003 :45)

و " ينجم عن اضطرابات في الأذن الخارجية أو الوسطى مع وجود أذن داخلية سليمة ". (الميقاتي، 2001 :13)

مما يحد أو يمنع الذبذبات الصوتية من الانتقال خلال القناة السمعية أو غشاء الطبلة أو العظيمات الثلاث إلى القوقعة في الأذن الداخلية، ويصل " الحد الأقصى للفقد الناجم عنه إلى (60) ديسبل ؛ لأن الأصوات السمعية التي تزيد شدتها عن هذا الحد تؤثر على القوقعة مباشرة وتتخطى الأذن الوسطى ". (الخطيب، 2005 :26)

وتجدر الإشارة إلى أنه يمكن علاج هذا النوع من الصمم طبياً، كما يمكن تقويمه باستخدام معينات سمعية . (المغازي، 2004 :116- 117)

ب- الصمم الحس عصبي Sensori neural :

ويأتي نتيجة لوجود خلل في الأذن الداخلية والمنطقة الواقعة بينها وبين الدماغ، مع وجود أذن خارجية ووسطى سليمة . (الميقاتي، 2001 :13)

مما يحد من وصول الموجات الصوتية إلى الأذن الداخلية، مهما بلغت شدتها أو وصولها محرفة، وبالتالي عدم تعامل المراكز العصبية بشكل مناسب مع السيالات العصبية الواردة من الأذن .

ويؤكد (الزريقات، 2003 :46) على أن عتبات السمع بالتوصيل الهوائي والعظمي تكون متساوية ــ في هذا النوع من الفقدان ــ، والذي ربما يكون ناجماً عن إصابات فيروسية أو بكتيرية وراثية أو مرضية، وهو دائم ولا يمكن علاجه .

ويشير (الروسان، 2001 :175) إلى أن أعراض الإصابة في هذه الحالة تتمثل في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المنطوقة لدى الفرد، أو طنين في الأذن، وغالباً ما تكون نسبة الخسارة السمعية نتيجة لها أكثر من (60) وحدة ديسبل .

ويذكر (الخطيب، 2005 :27- 28) أن من الصفات المميزة للذين يعانون منه اضطراب نغمات الصوت Diplacucis، ازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي وغير منسجم مع الشدة الحقيقية له Auditory، وترى الشخص بحاجة لأن يتكلم بصوت مرتفع نسبياً ليسمع نفسه، وقليلاً ما يمكن الاستفادة من استخدام السماعات الطبية .

ت- الصمم المختلط Mixed :

وينجم عن إصابة أكثر من قسم من أقسام الأذن الثلاثة، ولذا فهو يجمع بين أسباب وأعراض النوعين السابقين، وبالتالي فإنه يصعب علاجه وتقويمه .

ويربط (الزريقات، 2003 :47) إمكانية تحسن السمع في هذا النوع بالقدرة على تقريب فجوة درجة التوصيل الهوائي من درجة التوصيل العظمي، إلا أن درجة السمع لا تعود إلى مستوياتها الطبيعية .

ث- الصمم المركزي Central :

وينجم عن خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو في المراكز السمعية به، مما يجعل إمكانية الاستفادة من المعينات السمعية محدودة . (الخطيب، 2005 :29)

وأكد (القريطي، 2005 :302) على أنه من الصعب أن يستجيب هذا النوع للعلاج . بينما يفيد (محمد، 2004 :167- 168) أن أبرز مشكلات التواصل التي تؤدي الإصابة بهذا النوع إليها تتمثل في صعوبة سماع الأصوات المنخفضة (فقد الحساسية)، صعوبة سماع الحروف

الساكنـــة (فقد سمع للترددات العاليــة)، صعوبة فهم الحديـــث عند وجود ضوضـــاء (فقــد التركيز) .

ويضيف بعض الباحثين إلى هذه التصنيفات كل من الصمم الوظيفي والذي يــدلل علـــى فقــد السمع دون وجود خلل في أي جزء من أجزاء الجهاز السمعي، وهذا هو حال الصمم النفــسي والهستيري والّذين يمكن أن يصيبا الطفل نتيجة التعرض لصدمات نفسية أو أي اضـــطرابات يمكن أن تؤثر على البناء النفسي له، أو ذلك الصمم الذي لم تكتشف أسبابه، ولم يتم اكتـــشاف أي خلل في الجهاز السمعي يمكن أن يؤدي إلى حدوثه .

ومما لا بد من التأكيد عليه أن هنـــاك أنواع من الصمم يمكن علاجهـــا (النفسي، الهـــستيري، التوصيلي)، أو التقليل من حدتهـــا باستخدام معيـــنات سمعية مناسبـــة (التوصيلي، والحـــس عصبي)، ولكن هناك أنواع كالصمم المختلط والمركزي غالباً ما لا يستجيب للعلاج أو يظهر تحسناً إذا ما استخدمت المعينـــات السمعية، ومع أن هذا ما أكدته العديـــــد مـــن الدراســـات الحديثة، إلا أن العلامة المسلـــم " ابن سينا " (الذي كان له أبلغ الأثـــر فـــي فكـــر القـــرون الوسطى بمجملـــها) قد أشار إليه من قديم الزمن، فيقول " إن الصمم الطبيعـــي مهمـــا كـــان سببه لا يمكـــن شفاؤه، أما الصمم الناتج عن الحـــادث والذي لم يطل زمنيـــــا فإنـــه يمكـــن شفاؤه ". (السليطي وحافظ، 2002 :4)

خصائص الأطفال الصم :

مع أن الأطفال الصم لا يختلفون عن غيرهم من الأطفال سواء في البناء الجسدي أو النـــشاط البدني أو الاحتياجات النفسية، إلا أن الوالدين ــ كأقرب المحيطين به إليه ــ ما إن يظهر لدى طفلهم أي نقص حتى تزداد الهوة بين طموحهم والواقع الذي يمكن أن يسببه ذلك النقص، ممـــا يصنع بعض الصعوبات في علاقة الطفل بوالديه . (كاشف، 2001 :9)

إضافة إلى أن فقد الطفل الأصم للتواصل مع المسموعات من حوله يمكن أن يؤثر بـــشكل أو بآخر على طريقة تفاعله مع بيئته أو فهمه لذاته، ومع أن الباحثة لا ترى فروقـــاً جوهرية بين خصائص الأطفال الصم وبين أقرانهم من غير المعاقين إلا أن هناك بعض الاختلافـــات فـــي بعض الجوانب المميزة للأصم عن سواه، كما أن هناك العديد من العوامل التي يمكن أن تلعب دورها في التحكم بطبيعة الطفل الأصم ومنها العمر عند الإصابة، ودرجتها، والوعي الـــذاتي لدى الأطفال بفقدانهم السمعي واستعمالهم للسماعات الطبية وتأثير السمع المتبقي على نمـــوهم والذي يؤثر بالتالي على حياتهم اليومية، وكذلك انفعالات الآباء والأسر والاستجابات السلوكية للأسرة ،والتوافق الداخلي لها والذي يؤثر بدوره على إحـــساس الطفـــل بالـــشعور بـــالأمن، واتجاهات الآباء نحو أطفالهم (والتي تؤثر على اتجاهات الطفل نحو ذاته)، ووضع الأســـرة

الاقتصادي والتربــوي (والذي ينعكس على مدى الضغط النفسي وتقديم الرعايـــة للطفــل الأصم)، ومقدار ونوعية الإثارة السمعية وتوفير بيئة لغوية غنية للطفل، والعمــر ومــستوى المدخلات اللغوية : والتدريب على لغة الإشارة في عمر مبكر، ونموذج التواصــل المــستخدم في الأسرة والمدرسة . (Altman, 1996)

ويمكن تلخيص أبرز الخصائص المميزة للأطفال الصم على النحو التالي:

أولاً) الخصائص اللغوية

لا شك في أن اللغة اللفظية بالنسبة للإنسان هي اشهر وأهم أشكال الاتصال والتواصل، إضافة إلى كونها أكثر مظاهر النمو تأثراً بالفقدان السمعي بكافة أشكاله، وخاصة في حالات الــصمم، " وبدون تدريب منظم ومكثف لن تتطور لدى الشخص المعوق سمعياً مظاهر النمــو اللغــوي الطبيعية " . (الخطيب، 2005 :78)

كما أنه عندما ينضج الطفل الأصم، ويكتشف أن المحادثة الــشفوية والقــراءة همــا وســائل الاتصال والتعلم الأساسية، فإنه سيزيد من إمكانية ميله إلى العزلة، إذ يجب عليه أن يلجأ إلــى الفعل والحركة والإشارة ؛ ليوصل رغباته، وما أقسى من تلك اللحظات علــى الطفــل حــين يطلب الوالدان منه أن يتكلم .

ومما تجدر الإشارة إليه أنه "عند سن الخامســة أو السادسة، نجد أن الطفل الأصــم المتوسط ليس لديه قدرة على الكــلام أو لديه القليل منه رغم البرامج التدريبية الــشفوية المبكــرة، وإن تدرب ضمن برنامج شفوي ناجــح جداً، فالطفل الأصم في هذا السن في حاجة إلى مفــردات حوالي (200) كلمــة، ومهما يكن فإنه لن يكون لديه معرفة في بناء الجملة، فأطفــال صــم كثيرون في هذا الســن لا يعرفون أسماء المأكولات أو الملابــس، وإذا قارنا هــذا بالطفــل السامــع الذي لديه نفس العمر فإن حصيلته اللغوية تقدر بحــوالي مــن (5000- 26000) كلمة . (مندل وفيرنون، 1974 :115)

وقد أوضحت الدراسات أن الأشخاص الصم يظهرون العديد من الخصائص الكلامية وتــشمل إبدال في الأصوات المتحركة Vowels، وحيادية وإطالــة وازدواجيــة فيهــا، أخطــاء فــي الأصوات المركبة (إطالة أو حيادية)، حــذف وإبــدال وتــشويه فــي الأصــوات الــساكنة Consonants، وبالنسبة للتأثيرات ما فوق المقطعية Suprasegmntal فإن الأشخاص الصم يظهرون أخطاء في التنغيم وطريقة التعبير، يتميزون بطبقة صوت عالية، صوت رتيب أو ذو نغمة مفردة يسير على وتيرة واحدة، كلامهم ذو مستوى بطيء نسبياً، إيقاعه ضعيف ويعــاني من سوء التوقيت، وهو مجهد ويحتاج إلى نفس أكثر، ويمتاز بضعف ضبط التنفس، الأطفــال

الصم لديهم صعوبة في إنتاج الأحرف المتحركة أكثر من الساكنة، ولا يستطيعون التمييز بـــين السواكن المجهورة والمهموسة، لديهم كلام غير واضح . (الزريقات، 2003 :183-185)

ثانياً)الخصائص المعرفية والأكاديمية :

لقد أكدت العديد من الدراسات على أن مستوى ذكاء الأصم وقدراته العقليـــة لا يختلـــف عـــن مستواها لدى أقرانه السامعين، ويبـــرز ذلك عند استخدام الاختبارات الغير لفظيـــة، ويختلـــف الأمر كثيراً عند استخدام الاختبارات اللفظيـــة، وطالما أن الصمم يؤثر بشكل واضـــح علـــى اللغة اللفظية للطفل فبطبيعة الحال ستتأثر الجوانب المعرفية والأكاديمية له (التي تستند علـــى اللغة اللفظية كالقراءة والكتابة والحساب)، فيمكن أن يعاني صعوبات في القراءة والكتابـــة، إلا أنه قد ينجز بشكل أفضـــل ويتقن المهارات الحسابية وما له علاقة بالمدركات الحسية .

ويرى " فيرث " أن نسبة قليلة من الصم قادرة على القراءة الاستيعابية في مـــستوى مـــا بعـــد المرحلة الثانوية . (الروسان، 2001 :179)

والأصم لديه القابلية للتعلم والتفكير التجريدي ما لم يصاحب إعاقته تلف دماغي، فمفاهيمـــه لا تختلف عن مفاهيم السامعين باستثناء المفاهيم اللغوية، ويتعلم بـــشكل أفـــضل إذا مـــا تـــضمن الموقف مثيرات حسية متعـــددة، ويمكن اعتبار بعض الأطفال الصم في عـــداد الموهـــوبين، وينخفض مستوى تحصيلهم بشكل ملحوظ عن مستوى أقرانهم السامعين (على الرغم من عدم اختلاف مستويات ذكائهم)، ويعد التحصيل القرائي هو الأكثر انخفاضاً لديهم، ولكنـــه عنـــدما يكونوا لآباء صم أعلى من مثيله لأقرانهم الصم لآباء سامعين، وكلما زادت المتطلبات اللغويـــة ومستوى تعقدها أصبحت قدرة الأطفال الصم على التحصيل أضعف، ويرجع هذا الانخفـــاض إلى تأخر نموهم اللغوي وانخفاض قدرتهم اللغوية وتدني مستوى دافعيتهم وعدم ملاءمة طرق التدريـــس المتبعة، وقد أكدت نتائـــج العديد من الدراســـات على تأخر تحـــصيـــل الطـــلاب الصم بثـــلاث أو أربع صفـــوف دراسية عـــن أقرانهـــم السامعيـــن فـــي نفـــس عمـــــرهم الزمني . (محمد، 2004 :201-204)

ثالثاً)الخصائص النفسية والتربوية والاجتماعية

إن قدرة الطفل على التواصل والتفاعل مع البيئة المحيطة هي التي تلعب دوراً هاماً وأساســـياً في نمو وتطور بناءه النفسي وعلاقته مع ذاته من جهة وانسجامه مع مجتمعه من جهة أخرى، والطفل الأصم كغيره من الأطفال بحاجة لمجتمـــع يستجيب له ويـــتفهم احتياجـــــاته، ولـــيس هناك ثمة صفات تميزه عن غيره " فعلى الرغم من اعتقاد البعض بـــأن للمعاقيـــــن ســـمعياً

سمات نفسية وانفعاليـــة مميزة وفريــدة إلى أن نتائـــج البحـــوث العلميـــــة لا تـــدعم هـــذا الاعتقـــاد " . (الخطيب، 2005 :84).

وسوف تحاول الباحثة تسليط الضـــوء على بعض الآراء التي حاولت إعطـــاء صـــورة مـــا للخصائص النفسية والتربوية والاجتماعية للأطفال الصم، وذلك على النحو التالي:

إن التوافق النفسي للطفل الأصم يتأثر بأسباب الإصابة به، مثل الحصبة والتهاب السحايا وعدم توافق دم الأم والجنين . (Moores, 1996)

إضافة إلى أنه يتأثر بشكل كبير بالسياق الاجتماعي، فالأطفال الصم يواجهون صعوبات فـــي تكوين أصدقاء، ذلك لأن فرصهم محـــدودة في التفاعل مع أقرانهم ؛ لما تفرضـــه مـــشكلات التواصل لديهم، فتباين ردود الفعل التي تصدر عن رفقائهم وأسرهم والآخـــرين وصـــعوبات التواصل تؤدي إلى صعوبـــات في التكيف الاجتماعي وخفض تقدير الـــذات، حيـــث تظهـــر كنتائج خاصة عندما يشعر الطفل بالرفض من قبل الأطفال الآخرين الذين يتفاعل معهم يوميـــاً ويعتبرون عنصراً أساسياً بالنسبة له . (الزريقات، 2003 :181)

ومن ناحية أخـــرى فقد أكد (Altman, 1996) على أن الصـــم وخاصة المراهقين منهـــم يعانون من صعوبة في الوصول إلى استقلالـــية جيدة، إضافة إلـــى كـــونهم يـــشعرون بـــأن الأشخاص السامعين يواجهون صعوبات في فهم أفكارهم، لأنهم لا يستطيعون الاتصال لغويـــاً بشكل مناسب معهم .

هذا وقد نبه (Moores,1996) إلى أن الأشخـــاص الصم يمكن أن تكـــون لـــديهم بعـــض الخصائص والسمات اللاتوافقيـــة، وتشمل عدم سلامة النضج الانفعـــالي، الميل إلى الانطواء والعزلة، تدني مفهوم الذات، صعوبة في وضع تصور لما يفكر ويشعر به الآخرين، كمـــا أن الأشخاص الصم يميلون إلى الخضوع والتطفل أكثر من أقرانهم السامعين، يتعرضون لضغوط نفسيـــة كثيرة في حياتهم، غير قادرين على التوافـــق بسرعة، وهم بحاجة إلى جهد أكثر مـــن غيرهم لتحقيق تفاعلات مقبولة بالنسبة لهم .

أما " ميدو " فيرى أنهم كثيراً ما يتجاهـــلون مشاعر الآخرين، ويـــسيئون فهـــم تـــصرفاتهم، ويظهرون درجة عالية من التمركز حول الذات علاوة على أنهم يميلون للتفاعـــل مـــع مـــن يماثلونهـــم في الإعاقة (حيث يختلفون في هذا الجـــانب عن أفراد أي إعاقة أخرى)، وربما يكون الدافـــع وراء ذلك هو حاجتهم إلى التفاعل اجتمـــاعياً والشعور بالقبـــول ممن حولهم . (الخطيب، 2005 :83-84)

ويذكـــر (الزريقات، 2003 :274) أنه ربمـــا يكون الأطفـــال في مرحلة ما قبـــل المراهقة (10- 12) سنة متباينين من حيث مستوياتهم الانفعالية، إلا أن الأطفال الصم في هذا الـــسن يمارس عليهم ضغط نفسي بسبب إعاقتهم مما يتطلب جهود مضاعفة لتلبية احتياجاتهم وتحقيق

تفاعل مفيد وهادف، لذا فهم بحاجة إلى العيش في أسـرة منسجمة في اتجاهاتها نحوهم وممارسات أبوية مناسبة (حسب مراحل تطورهم) تساهم في تطوير قدراتهم، فإنه لا توجد مشكلة في مواجهة تحديات المراهقة إذا كانوا يشعرون بالأمن اتجاه من يرعاهم، فلديهم الإحساس الداخلي بالأمن والثقة والإرادة في التفاعل مع الآخرين، أما إن شعروا بالنقد والرفض والتمييز وبالاختلاف فسيكونون لا مبالين، وقد يظهرون سلوكات دفاعية رافضة للمساعدة، والشعور بالإحباط والذي يمكن أن يتفاعل أو يتداخل مع تطور العلاقات الشخصية، والطفل الأصم بحاجة إلى مدرسة تعمل على تلبية الحاجات الاجتماعية واللغوية والأكاديمية له، فذلك يساعد على تطوير نظام تواصل جيد يؤازر محاولاته الطبيعية من سن (10-11) سنة لتطوير علاقات صداقة وظهور للشخصية ؛ لأن ذلك سيسهل عليه الدخول في عالم المراهقة والاندماج في الجماعات التي ستعزز وتقوي تطور شخصيته .

وقد عرض (أحمد، 1978 :11- 12) ملخص العديد من الدراسات الأجنبية التي ركزت على الخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال الصم، والتي كان من أبرز ما توصلت إليه أن التعلم عن طريق الشفاه له أثره في مساعدة الأطفال الصم على حسن التكيف، فهو أفضل كثيراً من التعلم عن طريق الإشارة، كما أثبتت أن الأطفال الصم الذين لا يوجد في أسرهم أشخاص صم كانوا أقل توافقاً وتكيفاً بالنسبة لنظائرهم الذين يوجد في أسرهم من يعاني من تلك الإعاقة، وأن الكثير منهم يعانون من الشعور بالنقص والدونية وأن علاقتهم الاجتماعية في محيط الأسرة والمدرسة والبيئة المحلية كانت سيئة وغير متوافقة، وأنهم أميل للأمراض العصابية من الأطفال العاديين .

ولا بد من التأكيد على أن معظم المشكلات النفسية للصم ترجع إلى توقعات الآباء غير الواقعية، وضعف قدرتهم على تقبل حقيقة الاختلاف بين الأطفال الصم والعاديين في نموهم وبالتالي ضعف قدرة الآباء على التواصل يومياً مع أطفالهم لتحقيق احتياجاتهم، الاتجاهات السلبية نحو الإعاقة واتباع أساليب تربوية ومهارات تعامل أسرية ضعيفة وغير مناسبة، والتعرض لضغوط وأزمات غير متوقعة . (Moores, 1996)

وتجدر بالباحث الإشارة إلى أن الأطفال الصم ليس لديهم ما يميزهم عن غيرهم السامعين إن أمكن إيجاد طرق مناسبة للاتصال والتواصل معهم وتم إحاطتهم بجو أسري ومدرسي ومجتمعي آمن لا يميز بينهم وبين أقرانهم السامعين ويمنحهم الأمان والثقة والقبول الذي هم بحاجة إليه ــ كغيرهم ــ ؛ لتلبية احتياجاتهم النفسية والاجتماعية، وكذلك الفكرية والأكاديمية .

إلا أن ظروف إعاقتهم وما يترتب عليها من انعكاسات وتغيرات في سلوك المحيطين تؤثر سلباً أو إيجاباً على واقعهم وبالتالي على سلوكهم واندماجهم ومشاركتهم وتفاعلهم مع ما يحيط

بهم، ومن أكثر العوامـــل التي تتسبب في ظهور خصائـــص وسمات وســـلوكيات لا توافقيـــة لدى الأطفال الصم ما يأتي :

1- الحماية الزائدة أو الإهمال من قبل الوالدين أو المدرسين والمحيطين .

2- تبني اتجاهات سلبية نحو الأشخاص الصم، مما يولد لديهم اتجاهات غيـــر مناســـبة نحـــو ذواتهم والمجتمع من حولهم .

3- عدم القدرة على إيجاد أساليب تواصل فعالة وسليمة معهم، فهم لا يتمكنون من ســـماع أو إدراك المفاهيم اللفظية وكذلك عدم قدرة المحيطين على استخدام أساليب الصم التعبيرية بـــشكل جيد .

4- قصور في فهم احتياجاتهم ومشاعرهم .

5- إعطاء تصورات غير واقعية وتوقعات غير مواءمة لطبيعتهم وظروف إعاقتهم .

6- إبداء سلوكيات سلبية، وتفاعلات لا سوية معهم .

7- التعرض لضغوط نفسية قد يؤثر في بناء شخصيتهم .

8- ميل الآخرين لتجـــاهل وجودهم مما يدفعهم للـــشعور بالعزلـــة والميـــل إلـــى الانطـــواء والانسحاب .

9- عدم إدراك المحيطين لقدراتهم، والتقليل من شأنهم، والاستخفاف بمهاراتهم وإمكاناتهم فـــي المجالات سواء الذاتية أو الاجتماعية .

10- العلاقة غير الجيدة بين الآباء والأطفال، حيث إن الأطفال لأباء ســـامعين غالبـــاً مـــا لا يجدون اهتماماً وقبولاً بالقدر الذي يحصل عليه الطفل الذي يكون لديه أحد الأبوين أو كلاهمـــا صماً، وهو ما يؤثر بالتالي على مستوى توافقهم مع ذواتهم ويشجعهـــم على التكيف مع البيئة المحيطة بهم .

وعليه فإن ما يترتب على هذه العوامل من آثار سلبية يفرض على الطفل الأصم الوقوع تحت طائلة الصراع والإحباط، والذي قد يؤدي بدوره إلى الشعور بالنقص وقصور الثقة بـــالنفس، ويأتي سوء التوافق النفسي كنتيجة طبيعية لذلك وخاصة إذا لم تراعى احتياجات الطفل كأصم، من حيث التواصل والتفاعل والقبول الاجتماعي والفهم لطبيعته ومساعدته في التغلب على مـــا أحاطت إعاقته به من عوائق ؛ ليتجنب بذلك الميل إلى إصدار سلوكيات لم يتم التنبه إليها مـــن قبل، سعياً منه لتعويض مشاعر النقص ومحاولاً جذب انتباه الآخرين وتلبية احتياجاته الذاتيـــة والمجتمعية، ليصبح بذلك من المضطربين سلوكياً في ظل مجتمع لم يرحم إعاقته، ولم يتقبلهـــا وكيف إذا كان أصماً ومضطرباً ؟! .

ولذا فلا بد أن يمنح الطفل الأصم ما يلزم من الأمن النفسي والاجتماعي، وأن يعطى حقه في التعليم والتدريب والرعاية سواء في الأسرة أو المدرسة أو المجتمع كغيره من الأطفال لينمو سوياً قادراً على تحدي ظروف ومصاعب الحياة، دون أن تقف إعاقته حائلاً أمام ذلك .

واقع تعليم الصم في قطاع غزة

وكغيرهم من الأطفال فإن الصم لهم حق في التعليم كفله لهم الإسلام، وذلك على قاعدة قوله صلى الله عليه وسلم " طلب العلم فريضة على كل مسلم ومسلمة " متفق عليه، كما كفلته لهم كافة القوانين والتشريعات الوضعية في العصر الحديث (التي تعتبر من العدالة والمساواة مبدأً أساسياً لها)، بعد أن كانت الحضارات الغربية القديمة لا تجد جدوى من تعليمهم " فلقد ذكر أرسطو المعلم والفيلسوف اليوناني أن الطفل الأصم الأبكم غير مجدي تعليمه، وذلك لعدم قدرته على الكلام أو فهم ما يدور حوله، حيث كان يعتقد بأن الكلام هو الوسيلة الهامة والوحيدة للتعليم، فهو يرى أن الأعمى أقدر على التعلم لأنه يستطيع الكلام .
(أحمد، 1978 :33)

ذلك مع كون أول إشارة للصم كانت قبيل عصره بكثير فقد " ذكرت في بردية Ebers "التي يرجع تاريخها إلى سنة 1550 ق.م. (اللقاني والقرشي، 1999 :32)

وقد تباينت ـ في العصور السابقة ـ أساليب التعامل معهم فمن الحبس والقتل عند الرومان، إلى تكليفهم بالفلاحة والمهن الأقل مستوى عند الفراعنة والمصريين القدماء وحتى إهمالهم وتهميشهم لعدم قدرتهم على الكلام عند اليونان والإغريق، أما الإسلام فكان دين السماحة ـ كما هو في شرعه ـ فقد أمر برعايتهم كغيرهم من المعاقين وعدم إيذائهم ولم يفرق بينهم وبين سواهم في الحقوق والواجبات، وللمسلمين السبق في التعرف عليهم ودراسة جوانب حياتهم فقد "كان للعالم أبو بكر الرازي السبق في تصنيف درجات السمع إلى ثلاث فئات هي ضعيف ومعتدل وحاد، كما قام العالم الكبير ابن سينا بشرح أسباب حدوث الصمم " .
(اللقاني والقرشي، 1999 :33)

وتجدر الإشارة إلى أن الأمريكيThomas Galleudet أول من أسس مدرسة أمريكية لهم في مدينة هار فارد في الولايات المتحدة . (دبابنة، 1996 :13)

وقد توالت خلال الحقب القريبة محاولات تعليمهم، سواء في الغرب أو في الوطن العربي، ففي فلسطين عملت العديد من المؤسسات على الاهتمام بالجوانب الخدماتية لهم، وفي أواخر القرن العشرين بدأت تظهر جلياً العديد من المؤسسات التعليمية (والتي كانت إما خاصة بهم

أو تابعة لمؤسسات المعاقين أو ملحقة بالمؤسسات العامة)، حيث استندت في بداية الأمر إلى أسس لا منهجية تعتمد على إكسابهم المعارف من خلال الاحتكاك المباشر وتعليمهم ما هية الأشياء التي تحيط بهم، حتى بدت محاولات لتوحيد لغة الإشارة في فلسطين بالتعاون والتنسيق مع جملة من المؤسسات الفاعلة في ميدان الصم، كما أن هناك محاولات عالمية وعربية لتوحيد هذه اللغة أيضاً .

وأخيراً فقد سعت العديد من المؤسسات إلى كسر الهوة المنهجية ما بين الصم في مدارسهم والسامعين فعملت على الاستناد بشكل أساسي إلى المنهاج الذي تحدده وزارة التربية والتعليم، ويظهر ذلك على نحو واضح في الخطط المنهجية التي تسير عليها المؤسسات التعليمية في فلسطين عامة وقطاع غزة خاصة .

وستقوم الباحثة بعرض نبذة موجزة عن مدارس الصم في قطاع غزة (والتي تم اختيار أفراد عينة الدراسة الحالية منها)، وذلك على النحو التالي :

1) مدرسة الأمل لتعليم الصم " رفح "

وهي إحدى المرافق التابعة لجمعية الأمل لتأهيل المعاقين، تم إنشاؤها عام 1991م تعلم الطلاب وفق المناهج المعتمدة في وزارة التربية والتعليم من خلال مناهج تم تطويعها بما يتناسب مع طبيعة الطلاب الصم (تقوم المدرسة بإعدادها تحت إشراف الوزارة) ويتميز الكادر التدريسي فيها بحصول كافة أفراده على درجات علمية إما متوسطة أو جامعية في ميدان التربية الخاصة، والذين يعملون على تدريس أكثر من (151) طالباً وطالبة في المراحل التعليمية ما بين (البستان وحتى الصف العاشر)، هذا وبالمدرسة مرافق عامة مواءمة لطبيعة الطلاب، وصالة ألعاب داخلية ومختبر للحاسوب، مكتبة تحوي ما يقرب من (40000) كتاب في جميع مجالات الحياة، قسم للسمعيات يعمل على تشخيص المشكلات السمعية وتركيب وصيانة المعينات والأجهزة المساعدة لكل أبناء المنطقة الجنوبية (وتتميز بأنها الوحيدة في هذا المجال بالمنطقة) .

2) مدرسة الهلال للتربية الخاصة

تعتبر أحد المرافق التعليمية الأساسية في مدينة الأمل الطبية التابعة لإشراف جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، وتستفيد من البرامج التأهيلية والخدماتية التي تقدم فيها بما يتواءم مع احتياجات طلاب المدرسة التي تأسست عام (1999م) وحصلت على ترخيصها من وزارة التربية والتعليم الفلسطينية عام 2000م ويبلغ إجمالي عدد طلابها (177) طالب وطالبة من جميع الإعاقات، من بينهم (88) أصم، يتوزعون على الصفوف الدراسية ما بين الصف

الأول وحتى الثامن الأســاسي، ويحصلون على شهادات أكاديمية معتمدة من الوزارة (التــي يقوم المشرفين والموجهين والمختصين بها بالإشراف ومتابعة طبيعة سير العمليــة التعليميــة بالمدرسة)، يعلمهم مدرسين مختصين في ميدان التربية الخاصة وتخصصات علميــة أخــرى متعددة ــ تم تأهيلهم وإعدادهم للقيام بهذا الدور ــ، يسيرون في عملية التدريس وفقــاً للمــنهج المتبع بالوزارة، ويمارس طلابها نشاطات مختلفة من بينها الرياضة والرسم والتدبير المنزلــي والموسيقى .

3) مدرسة الحنان لتأهيل المعاقين سمعياً " دير البلح "

وتتبع لجمعية دير البلح للتأهيل، تم إنشائها عام 1997م، في حين حصلت على ترخيصها مــن وزارة التربية والتعليم عام 1998م، يتعلم فيها حوالي (89) طالب وطالبة، من التمهيدي إلى الصف السادس الابتدائي، يقوم على تعليمهم مجموعة من المدرسين الحاصلين على شــهادات إما متوسطة أو جامعية سواء في التربية الخاصة أو التخصــصات العلميــة المختلفــة (ذات العلاقة بالمناهج التعليمية)، هذا وترتكز بشكل رئيس علــى منهــاج الــوزارة فــي خطتهــا الأكاديمية ــ بعد إجراء بعض التعديلات عليه بما يتواءم مع واقع وطبيعة الطلاب الصم مــن وجهة نظر مدرسيها ــ، وتتميز باستخــدام جهــاز (F.M, sysctem) للتدريــب اللغوي، ومختبر حاسوب، وسيفتتــح قريباً بها مختبر للعلوم وبها مكتبة تحوي ما يقــارب (2938) كتاباً وجملة من الأفلام الوثائقية التعليمية، وصالة ألعاب، كما تعمــل إدارة المدرســة بــشكل مستمر على توفير المعينات السمعية وما يلزم من أجهزة طبية مساعدة لطلابها، بالإضافة لمــا تقدمه لهم من خدمات مجانية كالوجبات الغذائيــة والــزي المدرســي والكتــب والقرطاســية والمواصلات .

4)مدرسة الصم " النصيرات "

والتي تشرف عليها جمعية التدريب والتأهيل المجتمعي بالنصيرات، أنشأت في عــام 1991م، ويتلقى ما يزيد عن (65) طالب وطالبــة تعليمهم بها، من مرحلة البستــان وحتى الــصف الثامن الأساسي، وفقاً لمنهاج يستند إلى حد كبير على المنهاج المعتمــد فــي وزارة التربيــة والتعليم، وذلك على يد ثلة من المدرسين الحاصلين على درجات علمية متفاوتة ومتنوعة، كما يتبع للمدرسة نادي تعزيز قدرات الطفل والذي يضم بين زواياه مختبــر للحاســوب ومرســم وطاولة تنس وألعاب ومكتبة تحوي أكثر من (1540) كتاب كما يلحــق بالمدرســة وحــدة للتدريب على الأشغال اليدوية المختلفة .

5)مدرسة جمعية أطفالنا للصم " غزة "

وتعتبر من أحد المرافق الرئيسية لجمعية أطفالنا للصم، أنشأت عام 1992م، يبلغ عدد طلابهـا (264) طالب وطالبة ــ من البستان وحتى الصف التاسع الأساسي ــ بالإضافة إلى (50) طالباً وطالبة ــ ممن هم فوق سن (18) سنة ــ يتعلمون ضمن برنامج محو الأمية وتعلـيم الكبار التابع لها، يتنوع طاقم تدريسها بحيث يضم مجموعة من خريجـي التربيـة الخاصـة وتخصصـات علمية أخرى وفئة من الطلاب الصم المتفوقيـن والمتميزين في ميدان التدريس (والذين تم إعدادهم وتأهيلهم ضمن دورات تخصصية ومهنية للقيام بهذا الدور)، وتعتمد فـي خطتها الأكاديمية على بعض الموضوعات التي حواها كل من المنهـاج الفلـسطيني وبعـض المناهج الأجنبية العامة (وذلك بعد مواءمتها بما يتوافق مع طبيعة الطلاب الـصم)، كمـا أن الدافع للتميز واثبـات الذات دعا ببعض الطلاب الخريجين من هذه المدرسة للتقدم لامتحـاني الصف الثالث الإعدادي، والقبول للثانوية العامة (القسم العلمي)، وقـد اجتازوهمـا بنجـاح، ويجرون الاستعدادات اللازمة للتقدم لاختبار الثانوية العامـة الـذي تنظمـه وزارة التربيـة والتعليم، هذا وتحوي المدرسة مختبر للحاسوب ومعمل رسم وبرنـامج التدريـب الـسمعي والنطقي ــ كجزء خاص من زوايا التعليـم بها ــ ومكتبة تحوي ما يقـرب مـن (4500) كتاب، هذا ويتلقى الطلاب جملة من الخدمات الأساسية التي تقـدمها الجمعيـة لهـم خاصـة وللجمهور عامة .

6)روضة ومدرسة جباليا المشتركة للصم " جباليا "

توجد بين المرافق التابعة لجمعية جباليا للتأهيل، وقد أنشأت هذه المدرسة عام 1991م ويبلـغ عدد طلابها (89) طالباً وطالبـة يدرسون في عشـر صفوف تعليمية ــ من مرحلة البستان وحتى الصف الثامن الأساسي ــ، ويضم طاقم التدريس بها خريجين جامعيين من قسم التربية الخاصة، وتعتمد في تدريس أبنائها على منهاج وزارة التربية والتعليم – بعد أن تقوم بتعديلـه وحذف ما لا يتناسب منه مع طبيعة الصم وإعداد خطط منهجيـة من قبل المدرسين لمواءمتـه بما يتناسب معهم ــ، وتستنـد إلى النشاطـات اللامنهجية في توصيل المعارف لهم وتـسعى بشكل دائم إلى مشاركة أبنائها في كافة الفعاليـات والمناسبات المجتمعيـة، وتحـوي مكتبـة للألعاب يرتادهـا أطفال الرياض والصفوف الأساسية الدنيا، مختبر للحاسوب يـضم (15) جهازاً لتدريب الطلاب عليها وإكسابهم خبرات التعامل معها، هذا ويستفيد طلاب المدرسة مـن المكتبة (وفيها ما يقرب من 2500 كتاب في جميع المجالات)، وقسم السمعيات (الذي يعمل على توفير وتركيب وصيانة المعينـات السمعيـة، وفحـص الـسمع الـدوري للطـلاب ولأجهزتهم المساعدة)، وكذلك قسم تقويم النطق واللغة (وفيه يتم تـدريب الطـلاب الـذين

يعانون من مشاكل في النطق ولديهم بقايا سمعية داخل المدرسة وخارجها لتحـــسين مـــستوى نطقهم وتقويمه ما أمكن).

ثـــانيـــــاً : المكفوفين

تقديم:

للجمال أشكاله التي تنعش النفس، وتبعث الراحة، والعينان هما الوسيلة الأساسية في رصد ذاك الجمال وتذوقه والاستمتاع بكافة أشكاله وألوانه، كما أنها نافذة الإنسان على عالم المرئيات من حولـــه، وتعتبر من أهم الحواس لما لها من دور كبير في التفكر والتـــدبر والـــوعي وإدراك العلاقات والأوضاع والأشكال وترسيخ صور المدركات، وهي أكثر الحـــواس قـــدرة علـــى اكتشاف الحقائق واستنتاج المفاهيم والربط بين عناصر البيئة وليس لإنسان أن يدرك أهميتهـــا بقدر ما يشعر به ذلك الفرد الذي فقد نورها، وأصبحت لديه عضواً بلا روح ؛ لا تنقل لعقلـــه سوى ظلام دمغ على كل ما حوله أو أشباه تتحرك أمامه لا يستطيع تمييزها، أو قد تمثـــل لـــه خطراً يخشى أن يداهمه في كل حين .

فليس بإمكان فاقد البصـــر أن يرى بعينيه الفضاء من حوله ــ فما فضاءه سوى الظلام الـــذي يسير فيه ــ، فترى الطفل الكفيف يجول برأسه أملاً في أن يعرف ما حوله، يخاف أن يتحرك هنا أو هناك فيصطدم بشيء ما لا يعرفه، تبتسم أمه له فلا يدرك ابتسامتها وليس من حوله أي لون سوى ذاك السواد وما تخيله له أحلامه البريئة مما لا يستطيع تمييزه، قد يعطيه مـــسميات لا يدرك معناها، ومع ذلك فواقعه أيسر كثيراً من الناحية النفسية من ذاك الذي تذوق الجمـــال واعتاد أن يرى بعيناه الحياة ويتأمل بهما كل ما حوله، وفجأة لسبب ما ترى دور تلك العينـــان يبدأ بالتلاشي (ما الذي يحدث، هل سأفقد ناظري، لن أرى بعد ذلك وجه أمي وأبي وإخـــوتي، لن أتمكن من القراءة من كتابي المدرسي، لن أرى طريقي، هل سأصـــبح بحاجـــة إلـــى مـــن يقودني، لن أرى السماء والورد والشجر، لن، لن ..)

وهكذا يبدوا لسان حال الأطفال الذين يعانون من ضعف الإبصار أو ظهرت لديهم مـــشكلات بصرية في مراحل طفولتهم المختلفة، ولذا فتجدهم أحوج ما يكون لمـــن يجيـــب عـــن تلـــك

التساؤلات التي تشغل ـ إلى حد كبير ـ عقولهم الصغيرة بحثاً عن الاستقرار والشعور بالأمن النفسي، مما يساهم في وصولهم إلى قدر من التوافق النفسي، والذي يمكن بدوره أن يساعد (سواء الأطفال المكفوفين أو ضعاف البصر) على مواجهة تحديات الحياة المختلفة وتقبل واقعهم والسعي لتحقيق التوازن الانفعالي والتمتع بقدر من الرضى ؛ ليكونوا فاعلين في بيئتهم، قادرين على التأقلم مع واقعهم ويسعون للتغلب أو التخفيف من حدة الاضطرابات السلوكية التي ظهرت لدى بعض منهم كنتيجة لما عانوه في السابق من مشاعر الإحباط والصراع، فهذه الاضطرابات يمكن أن تتسبب لهم في مزيد من الإقصاء الاجتماعي الذي يمكن أن يزيد من مشاعر النقص والحرمان لديهم .

ولأهمية التوافق النفسي لدى المكفوفين خاصة والمعاقين بصرياً بشكل عام، فقد حاولت الباحثة أن تركز ضمن دراستها الحالية على الاضطرابات السلوكية (التي أكدت الدراسات على أن لها آثاراً سلبية بارزة على مستوى التوافق النفسي لدى غير المعاقين، فهل يكون الحال لدى المعاقين بصرياً بشكل عام والمكفوفين خاصة على نفس ذاك النحو ؟؟)، ولأن أبناء هذه الفئة هم أحد محاور الدراسة الرئيسية فسيتم التركيز في هذا الجانب على الموضوعات ذات الدور الفعال في خدمة الجوانب النظرية والتطبيقية للدراسة الحالية .

تعريف الإعاقة البصرية

لم يكن من السهل على الباحثين تحديد تعريف للإعاقة البصرية سواءً من المنظور اللغوي أو القانوني أو التربوي، حيث أن المعوقين بصرياً يشكلون فيما بينهم فئة غير متجانسة من الأفراد وإن اشتركوا جميعاً في المعاناة من المشاكل البصرية بدرجة أو بأخرى إذ أن مثل هذه المشاكل قد تختلف كثيراً من فرد إلى آخر وفقاً لما يكمن خلفها من أسباب ودرجة شدة تلك الإعاقة والتوقيت الذي حدثت فيه، وهي جوانب لها بلا شك تأثيرها الكبير على شخصياتهم . (سيسالم، 1997)

ومن المؤكد أنه سيتضح مدى التباين والاختلاف أو التقارب بين تلك التعريفات عند عرض بعضاً منها في هذا المضمار، أملاً في أن تتمكن الباحثة من الوصول إلى تعريف واضح ومحدد من شأنه أن يخدم هذه الدراسة ويساهم في تحقيق أهدافها .

واقع الإعاقة البصرية بين ألفاظ اللغة العربية :

تضم اللغة العربية بين طياتها العديد من الألفاظ التي تستخدم في وصف الشخص الذي فقد بصره أو يعاني قصوراً في حاسة الإبصار، وهي على النحو التالي :

الأعمى : وقد ورد ذكره في القرآن الكريم على وجهين، فهو إما دلالة على فقد البصر، قال تعالى : ﴿ لَّيسَ عَلَى ٱلۡأَعۡمَىٰ حَرَجٞ وَلَا عَلَى ٱلۡأَعۡرَجِ حَرَجٞ ﴾ (سورة النور، آيـة :61)، وقوله : ﴿ عَبَسَ وَتَوَلَّىٰٓ ۝ أَن جَآءَهُ ٱلۡأَعۡمَىٰ ﴾ (سورة عبس، آيـة:1- 2)، أو دلالـة على فقـد البصيرة، قال تعالى : ﴿ قُلۡ هَلۡ يَسۡتَوِي ٱلۡأَعۡمَىٰ وَٱلۡبَصِيرُ أَمۡ هَلۡ تَسۡتَوِي ٱلظُّلُمَٰتُ وَٱلنُّورُ ﴾ (سورة الرعد، آية :16)، وقوله : ﴿ وَمَا يَسۡتَوِي ٱلۡأَعۡمَىٰ وَٱلۡبَصِيرُ ﴾ (سورة فاطر، آية :19) وأصلـه العماء، وهو الضلالة ويقال العمى في فقـد البـصر أصـلاً وفقـد البصيرة مجازاً .

العمه : يذكر (ابن منظور، 1990) أنه دلالة على التحير والتردد، وقيل أنـه التـردد فـي الضلالة والتحير في منازعة أو طريق، ويقال في افتقاد البصر أو البـصيرة، والعمـه فـي البصيرة كالعمى في البصر، وأرض عمهاء أي بلا أمارات أو علامات وغالباً ما تـرد كلمـة عمه ومشتقاتها في معرض الذم .

الضرير : وأصلها من الفعل ضر ومعناه سوء الحال، إما في نفس الشخص لقلة الفضل والعلم والفقه أو في بدنه لعلة جارحة أو لنقص، وغما في حالة ظاهرة من قلة المال أو الجاه، ويقـال رجل ضرير أي مريض والضرير هو من فقد بصره .

الأكمـــه : مأخوذة من الكمه والكمه هو العمى قبل الميلاد ــ أي أنه من يولد مطموس العينين ــ وقد ورد ذكرها في القرآن الكريم بنفس المعنى، قال تعالى : ﴿ وَرَسُولًا إِلَىٰ بَنِيٓ إِسۡرَٰٓءِيلَ أَنِّي قَدۡ جِئۡتُكُم بِـَٔايَةٖ مِّن رَّبِّكُمۡ أَنِّيٓ أَخۡلُقُ لَكُم مِّنَ ٱلطِّينِ كَهَيۡـَٔةِ ٱلطَّيۡرِ فَأَنفُخُ فِيهِ فَيَكُونُ طَيۡرَۢا بِإِذۡنِ ٱللَّهِۖ وَأُبۡرِئُ ٱلۡأَكۡمَهَ وَٱلۡأَبۡرَصَ وَأُحۡيِ ٱلۡمَوۡتَىٰ بِإِذۡنِ ٱللَّهِ ﴾ (سورة آل عمران، آية :49) .

العاجز : وهو لفظ يكثر استخدامه لدى العامة وخصوصاً في المناطق الريفية بالبلاد العربيـة ويدل على عجز الفرد عن القيام بما يقوم به الآخرين لفقده البصر .

الكفيف : وأصلها الكف ومعناه المنع والكفيف هو الذي تمتنع عيناه عن القيام بـدورها لأنهـا فقدت حساسيتها، وجمعها المكافيف .

(خير الله وبركات، 1967 :7- 8) (سليمان، 1998: 35- 36)

الأعشى : كلمة تطلق على الذي لا يبصر بالليل ويبصر بالنهار، وقد ورد ذكر الفعـل يعـشو في القرآن الكريم مجازاً دلالة على ضعف البصيرة، قال تعـالى : ﴿ وَمَن يَعۡشُ عَن ذِكۡرِ ٱلرَّحۡمَٰنِ نُقَيِّضۡ لَهُۥ شَيۡطَٰنٗا فَهُوَ لَهُۥ قَرِينٞ ﴾ (سورة الزخرف، آية :36)، ويقال رجل أعشى وامـرأة عـشواء، وقيـل أن العشواء هي الناقة التي لا تبصـر أمامها وتخبط بيديها وركب فلان العشواء إذا سـار علـى غير بصيـرة وعشى إلى النار إذا استدل عليها ببصر ضعيف، ومنها عشى يعشو إذا ضـعف بصره . (محمد، 2004 :62)

تعريف الإعاقة البصرية Visual Impairment عند ذوي الاختصاص :

ولما أبرزته العديد من الدراسات والأبحاث من اختلاف في الجوانب النفسية ما بين المكفوفين وضعاف البصر فقد ارتأت الباحثة أن تركز بشكل عام على الإعاقة البصرية بكافة مستوياتها، وسيتناول هذا الجانب توضيحاً لمفهومها ومفهوم كل من كف البصر وضعفه، وذلك بعرض ما أمكن التوصل إليه من تعريفات وأراء للباحثين والمختصين حولهم، سواء قانونياً أو طبياً أو تربوياً أو حتى من منظور عام .

مفهوم الإعاقة البصرية قانونياً وطبياً :

ومن الملاحظ أن تعريف الإعاقة البصرية في القانون غالباً ما يستند إلى مقياس حدة الإبصار Acuity of Vision (وهي مدى قدرة الفرد على تمييز الأشياء بتفاصيلها وخصائصها المختلفة عند مسافة محددة)، أو مجال الرؤية Field of Vision (وهو المجال الذي يمكن للفرد الإبصار في حدوده دون التغير في اتجاه رؤيته أو تحديقه . (محمد، 2004 :65)

أجمع غالبية الباحثين والمختصين على أن الكفيف قانونياً هو ذلك الشخص الذي يرى على مسافة (20) قدم (6 أمتار) ما يراه الشخص المبصر على مسافة (200) قدم (60 متر)، وذلك بأقوى العينين بعد استخدام التصحيحات الطبية اللازمة، سواء باستخدام النظارات أو العدسات الطبية، وهذا يعني أن حدة إبصاره المركزية لا تتعدى (200/20) أو (60/6)، ــ والتي تساوي هذه النسبة أو تقل عنها ــ، كما لا يتعدى أوسع قطر لمجال رؤيته (20) درجة لأحسن العينين حتى بعد استخدام المعينات البصرية، بينما ضعاف البصر من هذا المنظور هم أولئك الأفراد الذين تتراوح حدة إبصارهم المركزية بين (70/20) أي (20/6) وبين (200/20) أي (60/6) بعد إجراء التصحيحات الطبية اللازمة .

ويضيف (الببلاوي، 2001 :10- 11) إلى ذلك كون التعريف القانوني لكف البصر يقصد به تلك الحالات التي تتراوح ما بين العمى الكامل وحالات أخرى قريبة منه، والعين ــ لدى الكفيف ــ حينما تتركز على مسافة القراءة لا تستطيع أن تميز بوضوح أكثر من مساحة صفحة كتاب عادي.

أما (سيسالم، 1997 :19) فيؤكد على أن الكفيف قانونياً هو الذي لا يستطيع قراءة الكلمة المطبوعة بما يتحتم معه تعليم الاعتماد على أساليب وأدوات لمسية وسمعية، والحواس الأخرى غير البصرية بحيث يتم تعليمه في مدارس داخلية، أو فصول خاصة بالمكفوفين تسمى فصول برايل، أما ضعاف البصر فهم الأشخاص الذين تتراوح حدة الإبصار لديهم ما بين (200/20 – 70/20) قدم في العين الأفضل بعد التصحيح باستخدام المعينات البصرية الملائمة .

ويمكن تعريف المعاق بصرياً من الناحية الطبية استناداً إلى الجوانب الطبيـة المعتمـدة علـى طبيعة التشخيص ومعاييره من وجهة نظر الأطباء .

فيعرف " المؤتمـر الطبي الأسترالي، 1934 " كف البصـر على أنه العجز عن عد الأصابع على مسـافة متر واحد في كل الظروف، والكفيف في فرنسـا هو من تقل حدة إبصاره عـن (20/1)، وفي أسبانيا يشتـرط فيه أن تقل حدة الإبصار لديـه عـن (20/1) وأن يكـون سبـب الإعاقة ذا طبيعـة دائمة مع عدم إمكانيـة التحسـن بالعلاج الطبي أو الجراحـي . (الديب، 1992 :187)

و العمى بلغة الطـب عند (خير الله وبركات، 1967 :8) هو الحالـة التي يفقد فيها الكـائن الحي المقدرة على الرؤية بالجهاز المخصص لهذا الغرض وهو العين .

هذا وتعرف " جمعية الطب الملكية بلندن " الكفيف بأنه الشخص الذي ضعف بـصره للدرجـة التي يعجز فيها عن أداء عمل يحتاج أساساً للرؤية . (الطيب، 1980 :31)

وهو من وجهة نظـر (فهمي، 1980 :13) ذلك الشخـص الذي يفقـد الرؤية بالجهـاز المخصص لهذا الغرض، (العين) بحيث يعجز هذا الجهاز عن أداء وظيفته إذا أصابه خلـل سواء كان هذا الخلل طارئاً كالإصابة في الحوادث، أو خلقي يولد مع الشخص .

وفي رأي (الحديدي، 1998 :42) و (عبيد، 2000 :28) هو الذي لا تزيـد حدة البـصر المركزي لديه على (20/200) في العيـن الفضل حتى بعد التصحيح، أو هو الـذي لديـه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن (20) درجة .

وعمدت " منظمة الصحة العالمية " إلى تعريف الإعاقة البصرية ضمن مـستويات متعـددة ـــ لكل منها معنى محدد ـــ، وذلك على النحو التالي :

أ- الإعاقة البصرية الشديدة وهي حالة يؤدي الشخص فيها الوظائـف البصرية على مـستوى محدود .

ب- الإعاقة البصرية الشديدة جداً وهي حالة يجد فيها الإنـسان صـعوبة بالغـة فـي تأديـة الوظائف البصرية الأساسية .

ت- شبه العمى وهو حالة اضطراب بصري لا يعتمد فيها على البصر .

ث- العمى وهو فقدان القدرات البصرية .

(الحديدي، 1998 :44) (عبيد، 2000 :31)

والمعاق بصرياً من الناحية الطبية كما يذكر (العزة، 2000 :35) هو ذلك الفرد الذي لديـه مشكلات في حدة الإبصار (أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينـة)، وعليه فالمكفوف طبيـاً هو الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه عـن (200/20) فـي

أفضل العينين بعد التصحيح الطبي، أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً، فلا يزيد بصره المحيطي عن (20) درجة في أحسن العينين .

ويميز المفهوم الطبي للإعاقة البصرية ــ في رأي (محمد، 2004 :66) ــ بين حالتين من كف البصر أو الإعاقة البصرية، وهما العمى الكلي (فقد البصر كلية) والذي يعني عدم قدرة العين على أن تقوم بأداء وظيفتها نتيجة لعدم تفاعل إنسان العين مع الضوء مطلقاً، أو وجود حساسية ضعيفة للضوء لدى الفرد يستطيع بموجبها أن يميز فقد بين مصادر الضوء المختلفة، وهو ما يعني أن حدة إبصاره تقل عن (60/6) ولذلك فيعتبر من الناحية العملية في حكم المكفوفين .

الإعاقة البصرية من وجهة نظر التربويين :

مع ما أشارت إليه التعريفات القانونية والطبية من محكات للإعاقة البصرية إلا أنه يوجد تباين واضح بين الأشخاص المعاقين بصرياً، ولا يمكن الاعتماد عليها بشكل مطلق من النواحي التربوية ذلك أن " بعض الأطفال من ذوي الإعاقات البصرية الشديدة يستخدمون الإبصار المتبقي لديهم بشكل مقتدر جداً، بينما نجد أطفالاً آخرين مصابين بإعاقات بصرية بسيطة نسبياً ولكنهم غير قادرين على أن يتعلموا بالطرق التي يتعلم بها المبصرون، بل إنهم يتصرفون كما لو كانوا عمياناً " (الببلاوي، 2001 :8)

ولذا فإنه لا بد من التعريج على تعريفات التربويين للإعاقة البصرية وما يلازمها من مصطلحات كونها أكثر فاعلية في الحياة العملية وأساساً لتعليم وتدريب هؤلاء الأشخاص، وبما أنه لم يكن من السهل اختيار رأي بعينه من آراء التربويين يتناول الإعاقة البصرية بدرجة من الشمول والتكامل، فسوف تعرض الباحثة ما أمكن التوصل إليه من تعريفات في هذا الميدان لإلقاء الضوء على أبرز التباين والتمايز بين تلك التعريفات والآراء، وسعياً للوصول إلى تعريف دقيق وواضح يمكن أن يلعب دوراً ما في تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة الحالية (من وجهة نظر الباحثة)، وقد كانت هذه الآراء على النحو التالي :

والكفيف تربوياً عند (عبد الغفار والشيخ، 1966 :11) هو من لا يستطيع أن يعتمد على حاسة الإبصار لعجزها عن أداء الأعمال التي يؤديها غيره باستخدام هذه الحاسة .

وعرف (حسين، 1986) الطفل الكفيف تربوياً بأنه الطفل الذي يعجز عن استخدام بصره في الحصول على المعرفة، كما يعجز نتيجة لذلك عن تلقي العلم في المدارس العادية وبالطرق المعتادة والمناهج الموضوعة للطفل العادي .

وشاركته (الدهان، 2003 :528) في الرأي.

وفي رأي (سليمان، 1998 :36) يمكن القول بأنه الذي يصاب بقصور بصري حاد مما يجعله يعتمد على القراءة بطريقة برايل.

وقد قسمت كل من (عبيد، 2000 :30، والحديدي، 1998 :44) المعاقون بصرياً من هـذا المنظور إلى ثلاث مستويات على النحو التالي:
أ- المكفوف وهو شخص يتعلم من خلال القنوات الحسية أو السمعية .
ب- ضعيف البصر وهو شخص لديه ضعف بصري شديد بعد التصحيح ولكن يمكن تحسين الوظائف البصرية لديه .
ت- محدود البصر وهو الذي يستخدم بصره بشكل محدود في الظروف الاعتيادية .
والشخص الكفيف تربوياً عند (الروسان، 2001 :151) و (الحجار، 2004 :140) هـو الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة برايل.
وعلى نفس النهج سار كل من (بدران وعز الدين، 2003 :201) فأفادا بأنه الشخص الـذي يشكو من إعاقة بصرية شديدة بحيث يتعلم القراءة والكتابة على طريقة برايل ويعرف الكفيف جزئياً على أنه ذلك الشخص الذي يستطيع قراءة الكتابة العادية وذلك بالاستعانة بالعدسـات المكبرة والكتب ذات الأحرف الكبيرة .
وذكر (محمد، 2004 :63) بأن المعاق بصرياً هو الفرد الذي يتعارض ضعف بصره مـع قيامه بالتعلم والتحصيل بشكل جيد، أو تحقيقه لإنجاز أكاديمي بشكل مثالي ما لم يـتم إدخـال تعريفات مناسبة في تلك الطرق، والأسـاليب التي يتم من خلالها تقديم خبـرات الـتعلم لـه، والمناهج الدراسيـة المقررة، وطبيعة المواد المستخدمـة في التعلم، وبيئته بحيث تكون هـذه التغيرات ليست جوهرية ولكنها تساعده على تحقيق ذلك بشكل جيد.
ومن الجدير بالذكر أن المعاقين بصرياً لديهم صفة واحدة مشتركة وهي ضعف البصر الـشديد الذي يجعل التعلم في البرامج المدرسية العادية دون إجراء تعديل عليها أمر بالغ الصعوبة .

مفاهيم عامة للإعاقة البصرية :

وتحوي هذه المجموعة ثلة من آراء الباحثين والتربويين والمختصين نحـو تعريـف الإعاقـة البصرية أو الكفيف وضعيف البصر ــ دون أن يحدد إطار مخصص يصنف ضمنها ــ .
إن العمى أو كف البصر هو أقصى درجات الصعوبة البصرية، وهو حدة إبصار فـي العـين الأقوى تحت (20/1) ــ حتى بعد التصحيح ــ وفيه تكون درجة مدى مجال الإبصار تحت (10) درجات حول التثبيت المركزي . (شحرور، 1993 :48)
والكفيف عند (الانشاصي وآخرون ،2001) هو من بلغت درجة إبصاره (60/3) فأقل في أحسن العينين بعد التصحيـح بالعدسات الطبية، وعليه فكف البصـر هو عدم القدرة على عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح .

والمعاق بصرياً بشكل كلي في رأي " عبد الرحيم وبشاي " هو من ولد أو أصيب بالعمى التام قبل سن الخامسة أو بعدها، أما المعاق جزئياً فهو من ولد أو أصيب بالعمى الجزئي قبل سن الخامسة، بينما ضعيف البصر هو من كانت لديه حدة إبصار مركزي تصل إلى (60/6) أو أقل بعد استخدام النظارة أو حدة إبصار مركزي تزيد عنها مع وجود قصور عن (20) درجة . (محمود، 1998 :39)

وترى (الحديدي، 1998 :41) بأن الإعاقة البصرية هي حالة يفقد الفرد فيها المقدرة على استخدام حاسة البصر بفعالية مما يؤثر سلباً في أدائه ونموه .

وأورد (العزة، 2000 :35) بأنها حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة البصر بفعالية وكفاية واقتدار، الأمر الذي يؤثر سلباً على نموه وأدائه، وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البصرية تجعل الفرد بحاجة إلى المساعدة لبرامج وخدمات تربوية خاصة.

وأفاد " Ashroft & Zambone " بأنها حالة عجز أو ضعف في الجهاز البصري يعيق أي تغير في أنماط النمو عند الإنسان، ورأى " Demott " بأنها ضعف في أي من الوظائف البصرية الخمسة وهي البصر المركزي والمحيطي والتكيف البصري والبصر الثنائي ورؤية الألوان، وذلك نتيجة التشوه التشريحي أو الإصابة بمرض أو جرح في العين . (الحديدي، 1998 :41)

وذكر " هرمان " نقلاً عن" القطان "، أن كف البصر لا يعني الانعدام التام للإبصار، بل يضم أيضاً كل درجات القصور البصري التي تكون من الشدة بحيث يمنع الفرد من أن يضطلع بأنشطة الحياة العادية التي يكون فيها البصر ضرورياً . (بكر، 1993 :39)

وأكد " السبيعي " على أنه لا يشترط فيه أن يكون المرء محروماً من البصر كلياً بل هو يعد كفيفاً إذا كان عاجزاً عن الرؤية من مسافة عشرين قدماً ما يراه الأفراد الأصحاء على بعد (200) قدم، فلقد مضى العهد الذي فيه العمى يرتبط بالعكاز والعصا الموجهة للأمام ــ وهو بمثابة التابع لها ــ وقد أصبح الكفيف الآن يقف باعتدال ويمشي شبه الواثق، ويعمل ويرتزق ويرزق غيره . (شرشر، 1995 :36- 37)

ومن كل ما سبق من تعريفات ومع ما بينها من تباين أو تشابه في المضمون أو الصياغة إلا أن الباحثة ترى بأن الإعاقة البصرية تشمل كافة درجات فقد البصر التي يمكن أن تحد أو تمنع العين من القيام بوظائفها الأساسية، والذي يساهم بدوره في الحد من قدرة الطفل المعاق بصرياً على اكتساب المهارات المستندة بشكل رئيسي إلى تلك الحاسة ــ كالتعامل مع المرئيات ــ، أما الشخص الكفيف فهو ذلك الذي لم تتمكن عيناه (حتى وإن كان بها القليل من بقايا الإبصار) من مساندته في القيام بأنشطة الحياة اليومية لتي تستلزم وجودها حتى

مع استخدام المعينات البصرية والمصححات الطبية، مما يجعله بحاجة لتدريب حواسه الأخرى السليمة للقيام بتلك الأنشطة، في حين يعتبر الطفل ضعيف إبصار إذا كان لديه بقايا بصرية تتيح له فرصة الاستفادة منها مع الحاجة لإجراء شيئاً من التعديلات على بعض الجوانب التي تستلزم استخدام حاسة الإبصار ــ كتكبير حجم خط الكتاب المدرسي ــ، إضافة إلى حاجة الطفل ضعيف البصر الماسة لاستخدام المعينات البصرية والمصححات الطبية المناسبة ؛ لكي يتمتع بقدرات أفضل للقيام بدوره في المجالات الحياتية المختلفة، مع أن مستوى رؤيته لا يصل إلى الحد الطبيعي حتى وإن استخدم تلك المصححات .

نسبة انتشار الإعاقة البصرية

ومع أن هناك شبه اتفاق على تعريف الإعاقة البصرية بين الباحثين والمختصين، إلا أنه لا توجد إحصائيات دقيقة تبين نسبة انتشارها (سواء على مستوى العالم أو في فلسطين بشكل خاص)، إضافة إلى أن "هناك اختلاف في البيانات التي تقدمها الإحصائيات الخاصة بالإعاقة البصرية من قطر لآخر ". (العزة، 2000 :41)

ومع ذلك كله فلا بد من الإشارة إلى أن هناك بعض المحاولات للكشف عن نسبة انتشار الإعاقة البصرية، ويمكن توضيح أبرز النسب التي أشارت إليها المؤسسات والدراسات على النحو التالي:

إن من بين الناس ما نسبته (98.5%) يتمتعون بالقدرة على الإبصار بشكل عادي، ولكن حوالي (0.5 - 1.5%) منهم لا يحظون لأسباب ما بالقدرة على الإبصار العادي وهو ما يطلق عليه الإعاقة البصرية . (عبيد، 2000 :32 والحجار، 2004 :140)

وتشير تقارير " منظمة الصحة العالمية " إلى أن نسبة انتشار العمى تختلف من دولة لأخرى، وأن حوالي (80%) من المعاقين بصرياً هم من دول العالم الثالث، وتزداد النسبة مع تقدم العمر والافتقار إلى الرعاية الصحية المناسبة . (الحديدي، 1998 :45)

وهناك في رأي (العزة، 2000 :41) شبه إجماع على أن ما بين (15- 50) من كل ألف شخص لديهم إعاقة بصرية شديدة، وهذه النسبة تزداد مع تقدم العمر، كما أن (0.5- 1.5) من أطفال سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة .

ويعطي " مكتب التربية في الولايات المتحدة الأمريكية " نسبة انتشار الإعاقة البصرية بين عامة الناس وطلاب المدارس التقديرات نفسها. (عبيد، 2000 :33)

وأكدت الإحصائيات ــ كما أفادت (الحديدي، 1998 :45) ــ على أن هناك ما يزيد عن (35) مليون مكفوف، وحوالي (120) مليون ضعيف بصر في العالم .

بينما أشار (بدران وعز الدين، 2003 :197) إلى أن معـــدل انتشار العمى يقـــدر بحـــوالي 7.10% على مستوى العالم ـــ حتى سنة (2000م)، وقد وصل عدد المعاقين بصريـــاً إلـــى (180) مليون حالة، فيما تقـــدر حالات العمى الكلي من (40 - 45) مليون حالـــة علـــى مستوى العالم .

أما في فلسطين فقد اقتصرت الإحصائيات على قلـــة مـــن المحـــاولات المتواضـــعة لـــبعض المؤسســـات، والتي كان من أبرزها تلك التي قام بها (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000م) حيث أشـــارت إلى أن عدد المعاقيـــن بصرياً في الضفـــة الفلسطينية يبلغ حوالـــي (4591) فرداً، أما في قطاع غزة فقد بلغ عددهم ما يقرب مـــن (2136) فـــرداً، وعـــن توزيعهم النسبي وفقاً للجنس في الأراضي الفلسطينية مقارنة بالإعاقات الأخرى، فكانت نـــسبة الإناث منهم حوالي (15%)، و الذكور حوالي (14.3%) ؛ وقدر بـــذلك متوســـط نـــسبة انتشارها بين الإعاقات الأخرى ما يقرب من (14.6%) .

وثمة العديد من العوامل التي تلعب دوراً هاماً في ارتفاع نسبة انتشار الإعاقة عامة والبصرية منها على نحو خاص، وتتمثل أبرز تلك العوامل في العادات والتقاليد السائدة كزواج الأقارب، العدوان الصهيوني المستـــمر على أبناء الشعب الفلسطيني وما يشتمله من الإصابات المباشرة في العيـــن والرأس أو استنشاق الغازات السامة والذي يؤثر بدوره سلباً على الخلايا العصبية ومراكز الإبصار .

وقد سعى المركز الوطني للتأهيل المجتمعي لإجراء مسحاً ميدانياً (عرج على جزء كبير مـــن سكان قطاع غزة)، وأشـــارت نتائجه إلى أن نسبة انتشار الإعـــاقة البصرية تقدر بحوالـــــي (0.31%)، والجدول التالي يوضح توزيـــع المعاقين بصرياً على محافظات قطـــاع غـــزة، ونسبة انتشارهم تبعاً لعدد السكان من جهة، والمعاقين من جهة أخرى :

جدول رقم (6)

النسب التقديرية لمدى انتشار الإعاقة البصرية في محافظات قطاع غزة

المحافظة	العدد	بالنسبة للمعاقين	بالنسبة للسكان
شمال غزة	256	7.42	%0.13
غزة	691	%7.60	%0.19
الوسطى	114	%5.19	%0.07
خان يونس	1742	%54.66	%0.81
رفح	473	%25.31	%0.36
قطاع غزة	3276	%16.57	%0.31

وإذا تم التوفيق بين ما أورده (العزة، 2000 :41) ــ من إشارة لمــدى انتــشار الإعاقــة البصرية ــ وما أفاد به جهاز الإحصاء المركزي ــ عن عدد سكان قطاع غزة والبــالغ فــي نهاية العام (2005) ما يعادل (1416802) فرداً ــ، وجد أنه من المتوقع أن يتراوح عدد المعاقين في قطاع غزة ما بين (21252 - 70840) فرداً تقريباً .

تشريح وفسيولوجيا العين وآلية الإبصار

يتكون الجهاز البصري من العينين اللتين تتصلان بالفص الدماغي الخلفي عبر مجموعة مــن الألياف العصبية تسمى العصب البصري (optic nerve)، كل منها غايــة في التعقيد سواء فيما يتعلق بالتركيب أو طريقتها في أدائها الوظيفي المميز حيث تنمو العين على شــكل نتــوء لجزء من التجويف الثالث من المخ، " وإذا كان هناك من يتحدث عن الكاميرا عنــدما يتنــاول طريقة قيام العين بأداء وظيفتها فإنه يجد بأن الفرق شاسع بين الاثنين بل إنه لا مجال للمقارنة بينهما ". (محمد،2004 :66) .

وتأخذ العين شكلاً كروياً بقطر 2.5سم عند البالغين، وهو مبنى طري وأجوف، يــتم الحفــاظ على شكله بواسطة الجسم الزجاجي، والعين بأكملها ــ باستثناء القرنية ــ مغطاة بطبقة بيضاء وقوية تسمى الصلبة .

تقع وسط تجويف عظمي خاص بها في مقدمة الجمجمة وتعلوها الجفون والأهداب والرمــوش في حين تحوي هذه الكرة عدة أجزاء ولكي تعرض الباحثة لتركيب العين بشيء من الإجمــال الذي من شأنه أن يساهم في إعطاء صورة دقيقة له، فسوف تحاول إيجاز ما أمكنها التوصــل إليه من معلومات حول هذا الجانب من كافة المراجع والكتب التي تطرقت إليــه، وذلــك فــي ضوء تقسيم الجهاز البصري إلى أربعة أجزاء رئيسية، وهي كما يلي :

1- **الجزء الوقائي Protect ice** :

توجد كرة العين أو المقلة eyeball داخل تجويف عظمي يحميها من الإصابة، إضــافة إلــى كونها تشتمل على أجزاء أخرى خارجية تعمل على وقايتها من الصدمات، والشظايا والغبــار وأشعة الشمس والأضواء المبهرة .

ومن هنا فالجزء الوقائي يتضمن : التجويف العظمي (الذي تقــع فيــه العــين)، الحاجــب والأهداب والجفن، الدموع (التي تحجب الأذى عن المقلة و تقوم بغسيل العين مــن الأتربــة والغبار) .

2- **الجزء الإنكساري Efractive** :

ويشتمل على تلك الأعضاء التي تعمل بصفة أساسية على تجميع الضوء النافــذ إلــى العــين وتركيزه على الشبكية، وهذه الأجزاء متمثلة في:

الصلبة Sclera : وهي طبقة بيضاء اللون تميل إلى الزرقة قليلاً تمتد إلى أمام العين مكونة القرنية وتكون 6/5 الطبقة الخارجية وهي معتمة وسطحها الخارجي أملس شديد الحساسية لوفرة النهايات العصبية الحسية فيه، تعمل على حماية أجزاء العين الداخلية.

القرنية cornea : تعتبر نافذة أمامية للعين على العالم الخارجي، وهي عبارة عن نسيج من الألياف الشفافة، ولا تحتوي على أوعية دموية، يبلغ سمكها حوالي 0.5 ملم ويزداد هذا السمك عند الأطراف ليصل إلى واحد ملم يحمي العين، ويقوم بتجميع الأشعة الضوئية الساقطة عليها ثم يعكسها على الأجسام المرئية فيها لإرسالها إلى الشبكية .

البؤبؤ pupil : وهو ما يعرف بإنسان العين، ويظهر كنقطة سوداء مستديرة وسط القزحية ويقع أمام العدسة مباشرة ويعمل على تنظيم دخول الأشعة الضوئية التي تسقط على العين، حيث أنه يضيق إذ تعرضت العين لإضاءة شديدة ويتسع في الليل أو الضوء الخافت ويصل إلى أعلى درجات اتساعه إذا فقدت العين إحساسها بالضوء لسبب ما، وقد تكون في بعض الأحيان دلالة على فقدان الإنسان للوعي أو موته .

المشيمة Choroid : وهي عبارة عن طبقة مشبعة بالصبغات الملونة التي تجعل باطن العين معتماً، وتتكون المشيمة من ألياف مرنة ومن طبقة أوعية دموية ترتبط ببعضهما البعض عن طريق نسيج ضام تتصل في مقدمة العين بالقزحية .

القزحية Iris : وتظهر كقرص ملون بالبني أو الأزرق أو المزج بين اللونين، داخل اللون توجد نماذج وإشارات متغيرة خاصة بكل إنسان مثل بصمات الأصابع لا يوجد اثنين تكون القزحية لديهما متساوية، وتحجب العدسة بصورة جزئية، وتتحكم في حجم البؤبؤ وفقاً لشدة الضوء النافذ إليها، حيث تتكون من نوعين من الألياف العضلية الملساء، وتتواجد هذه العضلات تحت مراقبة جهاز الأعصاب الذاتي، أحد هذين النوعين يتشعب داخل إنسان العين، وعندما تتقلص هذه العضلات تسحب إنسان العين وتؤدي إلى اتساعه، أما النوع الآخر من الألياف العضلية مرتبة على شكل حلقات حول إنسان العين وعندما تتقلص تعمل على إغلاقه، وتعتمد أوامر فتح وإغلاق إنسان العين داخل القزحية ترسل من المخ وفقاً للمعلومات التي يتلقاها حول كمية الضوء التي تصل إلى الشبكية .

العدسة Lens : تقع خلف البؤبؤ مباشرة وخلف القرنية بمسافة قصيرة ويفصل بينهما الرطوبة المائية، يقرب حجمها من حجم حبة البازلاء الصغيرة وهي مجوفة قليلاً إلى الداخل، صافية جداً ولها لون أصفر خفيف، مبنية من طبقات من الخلايا الشفافة ولا تحوي أوعية دموية، تمتاز بالمرونة الشديدة حيث يتغير شكلها ووضعها تبعاً لمدى الرؤية ؛ فتكون أرق ما يكون في أوقات الراحة والنوم أو عند الرؤية عن بعد ويزداد سمكها تدريجياً كلما قل مدى الرؤية أو اقتربت الأجسام من العين حتى يتم تركيز الأشياء المرئية على الشبكية، تحاط

بأحزمة رقيقة ولكنها قويـــة جداً تثبت العدسة في مكانها في واجهة العين وهي معلقة بأربطـــة من عضلات الهدب المربوطة بالصلبة التي تغطي العين وتساعدها على التقلص والارتخاء .

الرطوبة المائية والسائل الهلامي Aqueous and Vitreous : تضم المقلة قـســمين أو قطاعين ذوي جسمين كرويين يختلفان في الحجم فيكون الأمــامي صغيراً وشفـــافاً يحـــوي سائـــل مائي (الرطوبة المائية) رقيق يفرزه الجســم الهدبي Ciliary body ويــشكل 6/1 حجم المقلة ويعتبر بمثابـــة خزانة أمامية للسائل المائي وتقع بين القرنية والقزحية، أما الخلفي فهو أكبر في الحجم من سابقه حيث يشكل 6/5 حجم المقلة ويكون معتماً وهــو عبــارة عــن غرفة كبيرة تقع خلف العدسة Lens مباشرة ويحوي مادة هلامية تعرف بالــسائل الزجــاجي Vitreous، وتلك الحجرتان هما أوساط إنكسارية يمتلئ بهما فراغ العين ويعملان على تجميع الضوء النافذ إلى داخلها وتركيزه على الشبكية .

3- **الجزء الاستقبالي receptice** :

ويتضمن هذا الجزء الأعضاء المستقبلة في العين وهي :

المحور البصـــري Optic Axis : وهو عبارة عن الخط الواصـــل بين مركزي الحجـــرتين الأمامية والخلفية لكل منهما محور خاص به بحيث يتوازى المحوران معاً بما لا يتطابق مـــع المحور البصري الواصل بينهما .

الشبكية retina : وهي طبقة داخلية مقعـــرة تبطن القسم الخلفي من العين، تعمل من خـــلال عدد هائل من الخلايا (125 عصي وسبع ملايين مخروط) المتراصة بصورة مكثفـــة علـــى استقبال الأشعة الضوئية النافذة إليها من الأجزاء المرئية و تجميعها، لتتكون صـــورة مقلوبـــة للجســم المرئي (من أسفل لأعلى ومن الأمام إلى الخلف)، تلتقطها الشبكية وتحولها لسلـــسلة من الإشارات الكهربائية التي تمر إلى المخ عبر الأعصاب .

وتجدر الإشارة إلى أن الضوء الواصل للعيـــن يمر عبر شبكة من الألياف العـــصبية وكـــذلك عبر العصي والمخروطـــات نفسها ــ قبل أن يصل إلى الأجـــزاء الحساسة التي تتسبب فـــي نشوء الإشارات الكهربائية، وتنتشر العصا والمخروطات على الشبكية كلها باســـتثناء منطقـــة تسمى " نقرة الشبكية المركزية " والتي تحوي أساساً مخروطات وتعـــد المنطقـــة الحـــســـاسة الأولى بالشبكية، وفيها تظهر الصورة أوضح ما يكون، وهنـــاك بالشبكية أيضاً منطقة صغيرة لا تحتـــوي على عصى ومخروطات وهي المكان الذي تخرج منه الألياف العصبية لتتصـــل بعصب الرؤية أو العصب البصري، وفيه توجد حفرة صغيرة تسمى " البقعة العمياء "، وتعـــد العصى والمخروطات عبـــارة عن خلايا صغيرة وكل منها تتصـــل بخيط دقيق يـــؤدي إلـــى ليف عصبي والذي يتصل بثلاثمائة عـــصي تقريبـــاً، أي أن المـــخ يتلقـــى التفاصـــيل مـــن

المخروطات الموجودة في النقرة الشبكية أكثر مما يتلقى من العصي في بقية مناطق الشبكية . (فارد، 1987 :20- 21)

العصب البصري ومركز الإبصار في المـــخ Optic nerve : تتصل العين بمركز الإبـــصار في المخ عن طريق العصب البصـــري الذي يقوم بنقل الإحساس بالضوء من الـــشبكية إلـــى مركز الإبصار في المخ بعد أن يحـــوله إلى نبضات كهربية، فيقوم المركز البصري بترجمتها إلى صورة مرئية تدركـــها العين المجردة، مع العلم أن الأعصاب البـــصرية Optic Nerve تتبع اتجـــاه محاور الإبصار وبالتـــالي فإن تلك الأعصاب لا تكون متوازية .

4-**الجزء العضلي Ascular**:

ويتضمن ست عضلات تتصل بمقلة العين وترتبط بالمخ، تتمثل وظيفتها الأساسية في تحريـــك العين داخل المحجر في كل الاتجاهات ؛ وفي سبيل ذلك تعمل هذه العـــضلات مـــع بعـــضها البعض بانسجام وتوافق تام .

تعتمد قدرة الفرد البصرية على حركة كل من الجزء الإنكساري والإستقبالي والعـــضلي هـــذا إضافة إلى حركة الأجزاء الخارجية أيضاً .

ولذا " فإن أي خلل أو قصور يحدث في أي جزء من العين يؤدي إلى إحداث قصور في عمل العين ينتج عنه شكل من أشكال الإعاقة البصرية " (سيسالم، 1997 :13)

أسباب الإعاقة البصرية :

لكل داء مسبب والإعاقة البصرية داء يصيـــب العين نتيجة خلل في جزء أو أكثر من أجزائها وتتحدد شدة هذا الخلل تبعاً لوظيفـــة الجزء المصاب به ودرجته، إضافة إلى تـــاريخ حدوثـــه، والذي ستعمد الباحثـــة إلى إعطاء صورة موجزة لأسبـــاب الإعاقة البصرية استناداً عليـــه، وذلك على النحو التالي:

1- أسباب ما قبل الولادة وتشمل :

أ- **العوامـــل الوراثية** : وتعتبر مسئـــولة عن أكثر من (35%) مـــن حـــالات الإعاقـــة البصرية . (عبيد، 2000 :38)

فأطفال الآباء الذين يحملون جينات وراثية تحوي اضطراب ما في النمو يكونون معرضين للإصابة به بنسبة (50%)، وعندما يحمل الأطفال الاضطراب الموجود لدى أبويهم فكل منهم لديه فرصة الإصابة به بنسبة (25%)، و(50%) منهم لديهم أثناء حياتهم الاستعداد للإصابة، وتصبح الجينات الغير منتظمة أكثر تطوراً عندما تكون الزيجات من أسرة واحدة (أي يوجد قرابة من الدرجة الأولى بين الزوجين) فأثر الوراثة يظهر بشكل أكبر في مثل هذه الحالات، والطفرة الجينية تكون لدى الأم أما الجينات الحاملة للمرض فتكون لدى الأب . (بوشيل وآخرون، 2004 :182- 183)

وهذا يؤكد الدور الذي يمكن أن تلعبه الوراثة في انتقال الإعاقات من جيل لآخر وخاصة إذا كانت القرابة بين الوالدين من الدرجة الأولى، وإن لم تظهر أعراض الإصابة بها منذ الولادة مباشرة .

وعليه فإن هناك جملة من الأمراض التي تصيب العين وبالتالي قد تؤدي لحدوث الإعاقة البصرية لدى الأبناء غالباً ما يكون للوراثة دور رئيس في ظهورها، وما يؤكد ذلك هو مدى انتشار مرض معين في مجتمع دون الآخر وطبيعة العادات الاجتماعية والأسرية السائدة داخل ذلك المجتمع .

ومن بين هذه الأمراض التهاب الشبكية الصباغي Retinits Pigmentosa، ويظهر نتيجة لعوامل وراثية، بالإضافة لنقص فيتامين " أ "، ويظهر لدى الذكور أكثر، وفيه تتلف الخلايا العصوية في الشبكية تدريجياً، ويعد " العشى الليلي night blindness " من أهم أعراضه المبدئية، حيث يصبح مجال الرؤية محدوداً أكثر فأكثر ويصاحبه ضعف في حدة البصر ويتطور بشكل يبدأ معه الطفل في سن (10- 12) سنة تقريباً في خبرة بعض المشكلات في الرؤية الليلية والمناطق التي تقل فيها الإضاءة بصورة واضحة، ويزداد فقد الإبصار حتى يصبح الفرد فاقداً له من الناحية القانونية خلال مرحلة المراهقة، ولا يتوقف الأمر عند هذا الحد بل يستمر في فقد ما تبقى لديه من إبصار حتى يفقده كلياً، وغالباً ما يرتبط بأمراض تتكسيه في الجهاز العصبي المركزي ولا يوجد علاج فعال له . (الحديدي، 1998 :50) (محمد، 2004 :103- 104)

والقرنية المخروطية Keratocaonus التي تعد حالة وراثية، تنتشر فيها القرنية على شكل مخروطي، تظهر في العقد الثاني من العمر، تؤدي إلى تشويش كبير في مجال الرؤية وضعف متزايد في حدة البصر بكلتا العينين، وهذا الاضطراب أكثر شيوعاً لدى الإناث منه لدى الذكور . (عبيد، 2000 :49 والحديدي، 1998 :51)

وكذلك القصور في الأنسجة Coloboma ويعتبر مرض تنكسي وراثي، ومن أبرز أشكاله المياه البيضاء Cataract، والرأرأة Nystagmus، والحول Strabismus ـ سواء كان

حول داخلي Internal Strabismus (الأنسي) أو حول خارجي External Strabismus (الوحشي) أو الحول المتبادل Alternating Strabismus

وإضافة لما سبق فإن هناك ثمة أمراض أخرى تتأثر بالوراثة، ومن بينها توسع الحدقة الولادي Aniridia، وعمى الألـوان Colour Blindness، والأخطـــاء الإنكـسارية Errors of Refraction وتشمل قصر النظر Myopia، وطول النظر Hyperopia، وحـرج البـصر Astigmatism .

ب- العوامل البيئية

وهي عبارة عن جملة الأسباب التي من الممكن أن تؤثر على الجنين أثناء فترة الحمـل، وقـد تكون سبباً من أسباب ظهور الإعاقة البصرية لديه، ومنها سوء التغذية، تعرض الأم الحامـل للأشعة السينية، المشكلات الجينية، تناول العقاقير والأدوية، إصابة الأم بأي مـن الأمـراض المعدية أو الحصبة الألمانية Rubella، التوكسوبلازما Toxopiasmosis Gondii، وغيـر ذلك .

هذا وقد تظهر لدى الوليد عيـوب خلقية غير معروفة السبب (ليس لها سبب محدد)، كفـراغ مقلة العين وصغر حجمهمـا أو ظهورهما على هيئة حفرة عظميـة شبه مغلقـة والبهـاق Albinism وكسل الجفون والعتمة الخلقية لعدسة العين .

2- أسباب أثناء الولادة

وهي جملة من العوامل التي يمكن أن تتسبب في حدوث الإعاقة البصرية نتيجة لتعرض الوليد لأي منها أثناء عمليـة الولادة، ومن أبرز هذه الأسبـاب نقص الأكسجين، الصدمات، الولادة المتعسرة، التلوث البكتيري والفيروسي، الهربس Herpes، وأمراض الأم المهبلية Syphilis كالزهري .

3-أسباب ما بعد الولادة

وهناك ثمة أسباب عدة تؤدي إلى كف البصر، أو الإعاقة البصرية في مرحلة ما بعد الـولادة ــ أي عبر مراحل العمر المختلفة ــ، بحيث تختلف في الغالب هذه الأسباب من مرحلة إلـى أخرى، فمنها ما ينتشر لدى الأطفال دون سن الخامسة كالحول والتسمم والاختنـاق والتهـاب السحايا والحميات الميكروبية والفيروسية التي تؤثر على الدماغ والأعـصاب، وبالتـالي قـد تعرض الطفل لخطر الإصابة بضمور العصب البصري أو تلف في مركز الإبصـار بالدماغ، بيد أن هناك أمراض تزيد نسبتها لدى كبار السن وقد تعتبر من أمراض الشيخوخة كـاعتلال الشبكية السكري وطول النظر وعتامة عدسية العين (مع أنها يمكـن أن تظهر في مراحـل

عمرية أخرى)، هذا علاوة على أن الإصابات المباشرة في العين واستنشاق المواد الكيماوية والتعرض لإشعاعات الضارة والحوادث يمكن أن تلعب دوراً هاماً في الإصابة بهذه الإعاقة وغيرها .

وتجدر الإشارة إلى أن هناك ثمة أمراض تصيب العين أو أخطاء طبية أو سلوكية قد تتسبب بشكل مباشر أو غير مباشر في إصابة الطفل بالإعاقة البصرية، ومن بينها : زيادة نسبة الأكسجين المعطى للطفل الخداج، التليف خلف العدسية Retrolental Fibroplasia (RLF)، ضغط العين Glaucoma والجفاف العيني، التهاب العصب البصري Optic Nerve Atrophy، الرمد الحبيبي والصديدي والغشائي الحاد، ضمور المقلة، العمى النهري Onchocerciasis (River Blindness)، القصور الحاد في فيتامين " أ " Xerophthalmia (Vitamin A Deficiency)، غياب القزحية Aniridia، انفصال الشبكية Rental Detachment، الأورام الخبيثة Eyes Cancer والجذام Leprosy .

ووفقاً لتقديرات (الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، 2000 :50) فإن أكثر مسببات الإعاقة البصرية تكمن في العوامل المرضية، حيث تبلغ نسبة المعاقين بصرياً لأسباب مرضية حوالي (47.5%) في الضفة الفلسطينية، و حوالي (44.9%) بقطاع غزة، والجدول رقم (7) يوضح النسب المئوية لمسببات الإعاقة البصرية في فلسطين تبعاً لتلك التقديرات :

جدول رقم (7)

النسب المئوية لأسباب الإعاقة البصرية في الأراضي الفلسطينية

السبب	الضفة الفلسطينية	قطاع غزة	المتوسط في فلسطين
مرضي	%47.5	%44.9	%46.2
خلقي	%26.6	%27.2	%26.9
حرب	%4.1	%9	6.55
إصابات وحوادث	%15.8	%12.3	%14.05
غير معروف	%6	%6.6	%6.3

أما بالنسبة لعينة المكفوفين التي شملتها الدراسة الحالية فالجدول رقم (8) يوضح توزيع أسباب الإعاقة البصرية لدى أفرادها، مع بيان كل من تاريخ اكتشاف الإعاقة البصرية لديهم والجنس ودرجة الإعاقة (التي تتحدد ضمن مستويين، هما كلي ويضم مستوى الإعاقة الشديد والحاد والكلي ؛ نظراً لأن هذه المستويات لا يتمكن أصحابها من استخدام بقايا البصر لديهم ــ إن وجدت ــ في أي من أنشطة الحياة اليومية، وجزئية وأفرادها يتمتعون ببقايا إبصار تساعدهم ــ إلى حد ما ــ في القيام بالأنشطة المختلفة بعد تطويعها أو التدرب عليها)

جدول رقم (8)

توزيع أسباب الإعاقة البصرية لدى أفراد عينة الدراسة

سبب الإعاقة	تاريخ الإعاقة			الجنس		درجة الإعاقة	
	منذ الولادة	5سنوات فأقل	سن المدرسة	ذكر	أنثى	كلي	جزئي
وراثي	33	1	8	21	21	22	20
مرض	4	6	5	6	9	8	7
مرض الأم	7	-	-	4	3	4	3
أخطاء طبية	1	-	-	1	-	-	1
إصابة	2	9	5	8	8	6	10
خلقي	4	-	-	3	1	3	1
المجموع	51	16	18	43	42	43	42

تصنيفات الإعاقة البصرية

إن بالإمكان تصنيف الإعاقة البصرية استناداً إلى ثلاث أسس شهيرة في عملية التصنيف المستخدمة فيها، فهي إما أن تصنف تبعاً لدرجة الإعاقة (كلية، جزئية)، أو تاريخ حدوث الإعاقة أو ظهورها (ولادية، مكتسبة)، بينما أشارت العديد من الدراسات إلى تصنيفها وفقاً لهذين المعيارين مشتركين، مع اعتبار سن الخمس سنوات نقطة ارتكاز لهذا التصنيف الجديد ــ فغالباً ما يحتفظ الأطفال الذين يفقدون بصرهم بعد سن الخامسة بصور مفيدة تمكنهم من التمتع بإطار بصري إيجابي وفعال بدرجة أو بأخرى ــ والذي يتيح لهم فرصة تكوين فكرة بصرية عن الأشياء المحيطة بهم تقوم على خبراتهم البصرية السابقة، وهذا التصنيف كما يأتي:

أ- إعاقة بصرية كلية ولادية أو مكتسبة قبل سن الخامسة .

ب- إعاقة بصرية كلية مكتسبة بعد سن الخامسة .

ت- إعاقة بصرية جزئية ولادية أو مكتسبة قبيل سن الخامسة .

ث- إعاقة بصرية جزئية مكتسبة بعد سن الخامسة .

خصائص الأطفال المكفوفين

يعاني الأطفال المكفوفين ظروفاً خاصة قد تشكل لديهم سمات مميزة، ليس لأنهم فقدوا إبصارهم بل لأن إصابتهم بهذه الإعاقة جعل للعالم من حولهم أنماط وأساليب غير معتادة في التفاعل معهم كأطفال دون تمييز على أساس الإعاقة والصحة، فترى المجتمع بطبيعته الثقافية

وبناءه السيكولوجي يعتقد ــ في الغالب ــ أن كل من عجزت عيناه عن رؤية ما حولــه فقــد قدرته على التفاعل مع بيئته وأصبح من الصعب عليه العيش كغيره من أبنــاء ذاك المجتمــع، الذي ما عاد من اليسيــر أن يدرك كون " المكفوفين يتمتعون بكافة الخصائص التي يمكــن أن تتمتع بها أي مجموعة من الناس، فليس لديهم أي سمات تخصهم لوحدهم كمكفــوفين وهــم لا يظهــرون ردود فعل تقليدية لكونهــم مكفوفين فالمكفوفين شأنهم في ذلك شأن الناس جميعــاً نتاج وراثتهم وبيئتهم الفرديتين وهم أفراد أولاً وقبل كل شيء ". (الحديدي، 1998 :80)

ومع ذلك كله إلا أن هناك بعض الدراسات التي أشارت إلى وجود سمات وخصائص مميــزة للأطفال المكفوفين تستند في طبيعتها وحدتها إلى جملة من العوامل المتمثلة في درجــة الفقــد البصري والعمر عند الإصابة بالإعاقة البصرية وسببها وأساليب التنشئة الأسرية والمجتمعيــة المستخدمة واتجاهات الوالدين والمجتمع نحو المعاقين، والمستوى الثقافي والاجتماعي، وغيــر ذلك .

وقد أشار الباحثين إلى عدة اعتبارات أساسيــة ــ لا بد من الأخذ بها ــ عند التطرق للحــديث عن خصائص المكفوفين وهي كما يأتي :

1- الربط بين الخصائص والمسببات .

2- تكييف وتقنين الاختبارات المستخدمة في عملية التقييم على عينات من المكفوفين .

3- الربط بين الخصائص وأساليب التعامل مع المعاقين بصرياً .

4- شمولية البحوث والدراسات في مجال الإعاقة البصرية .

(سيسالم، 1997 :53- 54 وعبيد، 2000 :151)

وسعياً للتعرف على أبرز الخصائص والسمات للأطفال المكفوفين ــ التي أشارت إليهــا تلــك الدراسات أو ما يمكن أن يظهر لدى المكفوفين من خصائص نتيجة للعوامل السابقة ــ فستقوم الباحثة بعرض موجز لأهم تلك السمات والخصائص، وذلك على النحو التالي:

أولاً) الخصائص اللغوية

يعتبر المصدر الأساسي لاكتساب اللغــة اللفظية متمثل في حاسة السمع، وليس للبــصر ذلــك الأثر البارز في مدى اكتسابهــا، إلا أن " هناك رأيين حول لغة المعوقين بصرياً يــشير الأول إلى أن الإعاقة البصريــة لا تؤثر على النمو اللغوي لأن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لعلم اللغــة، أما الثاني فيرى أن النمو اللغوي للمكفوف يختلف عنه للمبصر، فيوصف المكفـــوف

بأن لديه لا واقعية لفظية، حيث يعتمد المكفوف على الكلمات والجمل التي لا تتوافق وخبراتــه الحسية ". (الحديدي، 1998 :78)

ولا بد من التأكيد على أن الكفيــف لا يستطيع إدراك ما يمكن أن يصاحب اللغة اللفظية مــن تلميحات وإيماءات وحركات، أو ما يسمى بلغة الجسد Body language، وذلك ما يمكــن أن يؤثر بدوره على اكتساب معاني بعض الألفاظ نتيجة عدم تمكنه من الربط بين كل من أصوات بعض الكلمات والمدركات الحسية الدالة عليها، وخاصة ما لا تستطيع حواسه الأخرى السليمة إدراكه، كالألوان والأحجام.

وتبعــاً لذلك فإن من أبرز الخصـــائص اللغوية التي قد تظهر لدى المكفوفيــن ــ كما يذكرها (القريطي، 2005 :374) ــ تضــم البطء في معدل نمو اللغــة والكــلام، نــشوء بعــض الصعوبــات في تكوين واكتســاب المفاهيم Concept Formation، القدرة علــى التجريــد Abstraction، ظهور النزعة اللفظية Verbalism.

ويحدد (العزة، 2000 :45) الخصائص اللغوية للمعاقين بصرياً في صعوبة التواصــل مــع الآخرين وعدم استخدامهم للغة غير اللفظية Non Verbal Language (لعدم قدرتهم علــى اكتسابها)، عدم قدرتهــم على رؤية المشاعر والأفكار التي يعبــر عنهــا بالإيمــاءات عنــد المبصرين، استخدام كلمات غير مشتقة من خبراته الذاتيــة ــ ولكنه يستخدمها للحصول على الموافقة الاجتماعية ــ نقص في معاني ودلالات الكلمات التي لها علاقة بالنمــو الحركي، كما تظهر لديهم بعض الاضطرابات وتشمل لزمات العمى (الاســتجابات الحركيــة النمطيــة)، الحملقــة في مصدر الضوء، تحريك اليدين بطريقة غير هادئة والدوران في المكان نفــســه، تدني الدافعية للوصول للأشياء والبحث عنها لكونها ليست مدركة بصرياً، الاعتمــــاد علــى تحديد مواقع الأشيــاء عن طريق حاستي السمع واللمس، إضافة إلى أنهم يعانون من مشكلات في التنقل والتعرف على الأشياء .

هذا ويضيف (محمد، 2004 :113) أن مهاراته اللغويــة قــد تــصبح معقــدة كمهــارات المبصرين، يصبح حساساً للفروق الطفيفة في نغمة الصوت وسرعة الكلام، تمثــل الكلمــات بالنسبة له مصدراً للاستثارة الذاتيــة يفوق الطفل المبصر، يعتمد في إدراكه لبعض المفــاهيم على وصف المبصرين لها .

ثانياً) الخصائص المعرفية والأكاديمية

إن الجوانب المعرفية والأكاديمية هي أكثر ما يمكن أن يتأثر بالإعاقة البصرية، فهي لا تقتصر على المستوى الأكاديمي فحســب بل إن القدرة على المشاركة فــي النــشاطات والبرامــــج

والفعاليات المدرسية لها دورها في التأثر بهذه الإعاقة، حيث إن المعاق بصرياً يعاني من قصور في معدل نمو الخبرات والقدرة على الحركة والتنقل بحرية وطبيعة علاقته مع بيئته والقدرة على السيطرة عليها والتحكم فيها وعدم الفاعلية في استخدام اختبارات الذكاء والقدرات العقلية الغير مقننة والمعدة لهم فعلياً، وبالتالي فهو يؤثر في صدق الحكم عليهم وعلى أدائهم بشكل عام . (سيسالم، 1997 :58)

وثمة العديد من العوامل ذات العلاقة بهذا الجانب، وهي ــ كما يشير إليها (سيسالم، 1997 :55) ــ متمثلة في : درجة الذكاء وزمن الإصابة بالإعاقة البصرية (ولادية، طارئة) ودرجة الإعاقة (كف بصر كلي، كف بصر جزئي) وطبيعة الاتجاهات الاجتماعية (سالبة، موجبة) وطبيعة الخدمات الاجتماعية والتعليمية والتأهيلية والنفسية والصحية التي تقدم للمعاقين بصرياً في المجتمع .

وتجمل الباحثة أبرز السمات والخصائص الأكاديمية والمعرفية التي أوردتها البحوث والدراسات للأطفال المكفوفين في ما يلي :

لا تختلف قدرتهم عن المبصرين في الاستفادة من المنهج التعليمي بشكل مناسب وجيد، بطء معدل سرعة القراءة (سواء بالنسبة لبرايل، أو بالطريقة العادية)، أخطاء في القراءة الجهرية، انخفاض مستوى التحصيل الدراسي ــ مع عدم الاختلاف في مستويات الذكاء بينهم وبين المبصرين ــ، لا توجد فروق بينهم وبين المبصرين في القدرة على التفكير، معلوماتهم العامة أقل من المبصرين، من الصعب عليهم أن يعبروا عن ذكائهم الفطري من خلال الاختبارات فقط، تتفاوت قدرتهم الإدراكية وفقاً لدرجة الفقدان البصري، يستخدمون أساليب بديلة في إدراك الألوان والأشكال تختلف عن تلك التي يستخدمها المبصرون، التصور البصري الذي يأتون به عبارة عن اقتران لفظي تم حفظه، لا يمكنهم ممارسة النشاط التخيلي باستخدام عناصر بصرية، هذا وثمة ما يميز ذوي كف البصر الجزئي ومنه : الاقتراب من العمل البصري، قصور في تحديد معالم الأشياء البعيدة والدقيقة الصغيرة، الإكثار من التساؤلات والاستفسار عما يسمع أو يرى ومشاكل في تنظيم وترتيب الكلمات والسطور، رداءة الخط وتنقيط الكلمات والحروف.

(سيسالم، 1997 :58 وعبيد، 2000 :152 ومحمد، 2004 :115)

ثالثاً) الخصائص الحركية

ولكون الطفل الكفيف لا يستطيع اكتشاف ما حوله دون احتكاك مباشر استناداً إلى حاستي السمع واللمس، فهو يشعر بعجزه عن التحرك بأمان في محيطه وخاصة إذا كان ذلك المحيط

جديداً عليه، ومع أن الحركة ذات أهمية بالغة في التفاعل مع البيئة والتعرف عليها والتمتع بقدرة على فهم مكوناتها من خلال تكوين علاقات من نوع ما معها والاحتكاك بها، فإن الطفل الكفيف حرم تلك الوسيلة التي منحها الله تعالى لأقرانه المبصرين، فتراهم يتنقلون بحرية في عالمهم ــ جديداً كان أم معتاداً ــ .

والكفيف لا يتمتع بسهولة القدرة على تمييز أو إدراك المسافات أو الاتساع، وبالتالي فإن حركته غالباً ما تكون مشوبة بمشاعر الخوف من المجهول مع حاجته الماسة للتنقل في ذلك العالم واكتساب المعارف وتلبية الاحتياجات المختلفة والقيام بالأنشطة الحياتية المتنوعة ؛ محاولة منه للتحلي بقدر من السمات النفسية التي تؤهله ليكون متوافقاً مع هذا العالم، فالحركة تستلزم نوعين من الطاقة، تتمثل الأولى في الطاقة الطبيعية العضوية والأخرى عبارة عن طاقة نفسية، لأنها ليست مجرد انتقال من مكان لآخر بقدر ما تتضمنه من تفكير وربط علاقات بين الأشياء والأماكن المختلفة التي يتحرك بينها الفرد . (الببلاوي، 2001 :16)

ويفيد (سيسالم، 1997 :66) بأن الطفل الكفيف يعاني من بعض المشكلات الحركية المتمثلة في التوازن Balance، الوقوف أو الجلوس Pasture، الاحتكاك Contact، الاستقبال أو التناول Receipt، الجري Gait، ويذكر (محمد، 2004 :112) أن من أبرزها قصور في المهارات الحركية، حيث تزداد المشكلات الحركية كلما اتسع نطاق بيئته أو ازداد تعقيداً، حركته محدودة نتيجة قدرته المحدودة على إدراك الأشياء وخاصة البعيدة عنه إلى جانب حرمانه من المثيرات البصرية، يقوم بأنشطة جسمية نمطية غير هادفة كحركات الأطراف أو الرأس، تتسم حركته بالحذر واليقظة ليتجنب الاصطدام .

ويرجع مدى ظهور هذه الخصائص إلى مجموعة من العوامل التي حددها " ريان " في نقص الخبرات البيئية، عدم القدرة على المحاكاة والتقليد، قلة الفرص المتاحة للتدريب على المهارات الحركية، الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور، درجة الإبصار . (سيسالم، 1997 :67)

رابعاً) الخصائص النفسية والاجتماعية

تعتمد هذه الخصائص بالدرجة الأولى على أساليب التنشئة الاجتماعية لهذا الطفل فالمعاق بصرياً لا يختلف عن غيره من أبناء مجتمعه يؤثر ويتأثر بهم وباستطاعته أن يطور شخصية متكافئة من الناحية النفسية والاجتماعية، والوالدان يلعبان دوراً أساسياً وهاماً في تكوين شخصية طفلهم، حيث من شأنهما أن يعملان على مساعدته في تكوين مفهوم الذات لديه وبناء شخصيته المستقلة والعيش في جو نفسي صحي وآمن مليء بالمحبة وبعيداً عن القلق النفسي . (عبيد، 2000 :146 – 147)

وبالطبع فإن الذي يحدد خصائــص الطفل الكفيف الانفعالية والاجتماعيــة هو طبيعة علاقتــه مع الآخرين، فهو بقدراته الذاتية وبسلامة حواسه وقواه العقلية والبدنية بإمكانه أن يشارك بقدر ملائم من التفاعــل في المواقف الاجتماعية، وقد أشـــارت عــدة دراســـات إلـــى أن بعــض المكفوفين يعانون من مشكلات اجتماعية وانفعالية بسبب القصور البصري لديهم وردود أفعال الآخرين اتجاهه وأساليب تفاعلهم معه . (سيسالم، 1997 :70)

وتجدر الإشارة إلى أن قدرة الطفل الكفيف على استيعاب المثيرات الحسية في المجتمــع مــن حوله ووعي المحيطين بطبيعة تلك الإعاقة التي يعانيها الطفل وتقبلهم لها أمور ذات دور بارز في طبيعة الخصائص النفسية والاجتماعية التي يتسم بها هذا الطفل، وعليه فـــإن الانطباعــات السلبيـــة تترك آثاراً غير مقبولة لديـــه، فهي قد تولد شعوراً بالنقص والحرمان، وغير ذلــك من الخصــــائص التي عرضها الباحثين والمختصين، ويمكن تلخيصها على النحو التالي :

إن الأطفال المعاقين بصرياً أبطأ في نمو المهارات الاجتماعية مقارنـــة بالأطفال المبـــصرين، ويميلون إلى الاعتمـــاد نسبياً على الأشخاص الآخرين والسلبية بدلاً مـــن التفاعــل الإيجـــابي معهم . (بدران وعز الدين، 2003 :209)

تعد الاتجاهات السالبة والمتدنية من الآخرين نحو الطفل الكفيف وتدني مفهوم ذاته نحو نفـــسه ومن حوله وضعف ثقته بذاته وضبطه الداخلي وقدرته على التواصل الاجتمـــاعي واكتـــساب المهارات الاجتماعية والشعور بالعزلة والعجز والإحباط والفشل من أبرز الـــصعوبات التـــي يواجهها في هذا المجال، حيث يمكن أن تدفعه للشعور بالاكتئاب والحزن وارتفاع في مـــستوى القلق وعدم قدرته على تطوير الأنماط السلوكية الاجتماعيـــة المناســـبة والوصـــول لتنظيمـــه السيكولوجي الكلي والاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي والمعاناة من مـــشكـــلات التمييـــز والتحيز Bias وإبداء ســـلوك غير ناضج كالتهريج والقهرية والتشتت والنظرة الدونيـــة مـــن الآخرين اتجاهه . (العزة، 2000 :46)

وأشارت معظم الدراسات في هذا الميدان إلى كونه أقل توافقاً شخـــصياً واجتماعيـــاً وتقـــبلاً للآخرين وشعوراً بالانتماء للمجتمع وأكثر استخداماً للحيل الدفاعية في ســـلوكه وهـــو أكثـــر عرضة للاضطرابات الانفعالية من المبصرين . (القريطي، 2005 :373)

والكثير من البحوث والدراسات أوضحت بأنه لا توجد فروق بين المعاقين والعاديين في جوهر الشخصية ــ في حالة تساوي الظروف والعوامل ــ فالعميان أفراد عاديون لكنهم لا يرون، والصم أفراد عاديون لكنهم لا يسمعون، والفروق التي توجد إنما هي نتيجة لعوامل بيئية (أكثر مما تتعلق بالإعاقة) مثل الاتجاهات الاجتماعية نحوهم واعتبارهم متخلفين أو

عجزة، فهذه الاتجاهات الاجتماعية تؤثر في مفهوم أفراد تلك الفئات، مما يؤثر بالتالي في سلوكهم وتوافقهم وصحتهم النفسية . (زهران، 2002 :477)

وكل ما سبق يدفع بالباحثة للتأكيد على أن للمجتمع بكل مكوناته والأسرة بكافة عناصرها دوراً رئيسياً في طبيعة السمات والخصائص النفسية والاجتماعية للأطفال المكفوفين، حيث أن ممارساتهم وتوجهاتهم السلبية نحو المعاقين قد تكون الدافع الأساسي وراء ظهور ما يشعر به الطفل الكفيف من مشاعر النقص والحرمان والإحباط والصراع والسلبية، وكل ذلك بالتالي يمكن أن يكون ذا أثراً على مستوى توافقهم النفسي بكل أبعاده سواء الشخصي والمتمثل في رضاه عن ذاته، وكذلك المدرسي والمتضمن لشعوره بالقبول والتفاعل الإيجابي مع بيئته المدرسية ــ بكل ما تحويه من عناصر بشرية وفيزيقية ــ، ناهيك عن البعد الأسري والذي يعتمد على طبيعة العلاقات الأسرية ومدى التقبل والانسجام داخل الأسرة معه، بالإضافة لقدرته على إتاحة الفرصة له والاكتساب الإيجابي للأنشطة الحياتية والبعد عن السلبية والاعتماد على الغير، ذلك علاوة على توافقه الجسدي والذي يساهم ــ بشكل كبير ــ في قدرته على مقاومة الأمراض والتغلب على مشاعر الضعف الجسدي والذي قد يلقي به في حظيرة الأمراض السيكوسوماتية (أي تلك التي تظهر على هيئة أمراض عضوية ولكنها في الحقيقة ذات بعد نفسي) .

والطفل الكفيف بحاجة للتمتع بمشاعر الأمن النفسي ؛ ليكون أقدر على مواجهة الضغوط والصراعات المجتمعية التي يتعرض لها ويمكن أن تتسبب في انعكاسات سلبية على شخصيته، وإذا كان الطفل يلقى هذا القدر من التفاعلات السلبية لإعاقته فهو يجد أن إعاقته البصرية قد حرمته ــ في الغالب ــ من ممارسة الأنشطة الحياتية التي تستلزم وجود هذه الحاسة، وإن لم يعمل المجتمع على تشجيعه وتحفيزه للتغلب على مشاعر القصور لديه وإتاحة الفرصة له لاكتشاف العالم من حوله بجو آمن ومريح يضمن له تعلم سليم ويعطيه القدرة على ما يمكن أن ينجم عن تلك الإعاقة من خفض لقدراته والحد من إمكانية إشباع رغباته وتلبية احتياجاته، والذي قد يؤدي بدوره لظهور بعض الاضطرابات السلوكية والتي قد يترتب ظهورها على أساليب التعامل السلبية معه والاتجاهات اللامقبولة نحوه، وكذلك سعيه لإشباع رغباته وجذب انتباه الآخرين له ومحاولاته للشعور بالاتزان والتمتع بقدر من الرضى وتحقيق ذاته، والتسامي عن كل المنغصات والصعوبات التي يتعرض لها، وقد جاءت الدراسة الحالية لتلقي بظلالها على ما قد ينجم عن معاناة الأطفال المكفوفين من اضطرابات سلوكية على مستوى توافقهم النفسي، والكشف عن أبرز السلوكيات المضطربة التي قد تبدو لديهم .

واقع تعليم المكفوفين في قطاع غزة

يعتبر المكفوفين أوفر حظــاً في التعليم من الصم، وما ساهم في ذلك بشكل كبير إلا قــدرتهم على الاتصــال والتعبير اللفظي ــ فقد استطــاعت آذانهم أن تخترق العالم من حولهم وتــشق جدران الظلام التي باتت لعقود طويلة توشح حياة المكفوفين فيمن كان قبلهم ــ، مع ما تفرضه المؤسسات الحكومية والأهلية ــ والنظرة الاجتماعية السلبية السائدة اتجاههم (على حد سواء) من قيود ذات أبعاد مختلفة، فهم غالباً ما يواجهون رفضاً مجتمعيــــاً لخيــاراتهم الأكاديميــة، وتهميشــاً مبرراً أو غير مقصود إذا وجدوا في فصول دراسية بالمدارس العامة .

وقد اقتصرت في السابق محاولات تعليم المكفوفيــن على الجوانب الدينية، ودراســة الكتــب السماوية والأدب والشعر والبلاغة، وقد حرص الإسلام على تعليمهم ورعــايتهم ، وضـــرب بعلمهم المثل وقد أشاد الرسول الكريم بعبد الله بن أم مكتوم في علوم القــرآن، وأشــار علـــى أصحابه بأخذ علوم القرآن عنه، قال رسول الله (صلى الله عليه وسلم) : " من أراد أن يقــرأ القرآن غضاً كما أنزل، فليأخذه عن ابن أم عبد " (متفق عليه) .

وقد ظهر في العصور السابقة ثلة من المكفوفين النابغين في مجالات مختلفة (وخاصة الأدب) كان من بينهم الشاعر الإغريقي " هوميروس " مبدع أشهر ملحمتين في التاريخ القديــــم كلـــه وهما " الإلياذة والأوديسا "، وعالم الرياضيـــات " نيكولاس ساوندرسن "، و" لويس برايـــل " مخترع طريقة القراءة والكتابة بالحروف البارزة، والشعراء العرب أمثـــال " أبـــو العـــــلاء المعري وبشار بن برد " وعميد الأدب العربي " طه حسين " . (فهمي، 1980)

وقد سجلت وتسجل ذاكرة التاريـــخ الحديث جملة من العلماء والأدباء المتميزين كالشيخ " عبد العزيز الباز " مفتي الديار السعودية (رحمه الله)، والشيـــخ " عبد الكريم الكحلوت " وغيرهم الكثير، ممن أبـــدع في علوم الدين وحفظ القرآن الكريم والشـــعر والمجالات العلمية المختلفة، واليوم ها هي الجامعات الفلسطينية تحتفي بثلة طيبة ممن حـــرمهم الله تعـــالى نـــور عيـــونهم ولكنهم يضربون أمثلة فذة في كافة العلوم، رغم ما يمارس ضد الكثير مـــنهم مـــن محـــولات للتهميش والإقصاء بحجة عدم قدرتهم على مزاولة الأعمال التي يمكن أن توكل إليهم بالـــشكل المناسب حتى وإن اختصوا بها علمياً، وقد عمدت العديد من المؤسسات التكنولوجية لفتح آفاق جديدة أمام المكفوفين للانفتاح على العالم بأحدث الأســـاليب والنظم التكنولوجيـــــة، فجـــاءت الطابعات الإلكترونيـــة لطريقة " برايل " وأجهزة الصوت التابعة للحاسوب والبرامج الناطقة التي من شأنها أن تسهل للكفيف (على كافة مستويات إعاقته) التعامل مـــع معظـــم بـــرامج الحاسوب وحتى قراءة النصوص المطبوعة بالطرق المرئية، ليتحول الظلام إلى شعلة من نور الأمل، وهو ما اعتادت مؤسسات التعليـــم للمكفوفين أن تتخذه اسماً لهـــا، وهـــذا هـــو حـــال المؤسســـتين التعليميتين الوحيدتين للمكفوفين في قطاع غزة، وهذه نبذة موجزة عـــن هـــاتين المدرستين:

1) مركز النور للمعاقين بصرياً

أنشأ هذا المركز تحت إشراف وكالة غوث وتشغيل اللاجئين عام (1962م)، وقد حصل على جائزة الشارقة عام (2001م) ـ كأفضل مركز للتأهيل في الوطن العربي ـ، ويحرص كوادره على المشاركة في المؤتمرات والدورات المحلية والعربية والدولية لتطوير عمله باستمرار، ويعقد العديد من الدورات والورشات التدريبية للمعلمين وأولياء أمور الطلاب لرفع كفايتهم وتأهيلهم للتعامل السليم مع المعاقين .

ويبلغ عدد طلابه ما يقرب من (140) طالب وطالبة من الذين لديهم كف بصر سواء جزئي أو كلي، يوجد من بينهم (65%) من أبناء اللاجئين مقابل (35%) من المواطنين من جميع أنحاء قطاع غزة، يتلقون تعليمهم الابتدائي وفقاً للمنهاج الفلسطيني للمرحلة الابتدائية المتبع بوزارة التربية والتعليم مضافاً إليه جملة من البرامج والأنشطة المتمثلة في الحاسوب والموسيقى والإرشاد النفسي والتدريب على مهارات الحياة اليومية وتحفيظ القرآن الكريم، ويعمل به حوالي (50) موظفاً، من بينهم (27) مدرساً وهم ممن يحملون شهادات علمية مختلفة (دبلوم وبكالوريوس ــ على الأغلب ــ) ودرجات علمية أعلى من ذلك، يتم تعيينهم في المركز وفقاً لعدة آليات تشمل تحديد إدارة المركز لاحتياجاتها ومطالبة وكالة الغوث بها، فتقوم الوكالة بتوجيه ما أمكنها توفيره من كوادر للمركز، وفي حالة عدم تمكنها من توفير الكوادر الفنية في بعض المجالات، تعمد جمعية أصدقاء المركز للإعلان عن التخصصات المطلوبة وتجري اختبارات للمتقدمين لتختار بعد ذلك الأنسب من بين تلك الكفاءات المتقدمة، كما أن من بين العاملين به من تقوم الوكالة بتوجيهه لتلبية حاجة المركز من خلال برنامج فرص التشغيل (J.C.P)، هذا ويضم المركز قسم الروضة وبرنامج التعليم الخاص ومركز الحاسوب والمكتبة ووحدات البحث والإرشاد الاجتماعي والنفسي والإرشاد الحركي وبرايل وتقويم بقايا الإبصار وقسمي الدمج والتدخل المبكر والمقصف والمطعم، كما ويعمل على توفير المعينات الطبية والأدوات المساعدة والمواصلات ووجبة غذائية يومية وجملة من الخدمات الأخرى للطلاب بشكل مجاني .

2) مدرسة النور والأمل

تم إنشائها كجمعية عثمانية خيرية عام (1982م)، وفي عام (1995م) انطوت تحت لواء وزارة التربية والتعليم بقرار من الرئيس الراحل " ياسر عرفات "، تتبع في بنائها لمدرسة " الشيخ عجلين الابتدائية الحكومية "، وفي القريب سيتم نقلها إلى مبنى مستقل بها يجري إنشاؤه، ويدرس بها حوالي (45) طالباً وطالبة (من أولئك الذين يعتبرون مكفوفين من الناحية الطبية والقانونية)، وفقاً لمنهاج وزارة التربية والتعليم على يد ما يقرب من (20) معلماً من حملة الشهادات الجامعية، تم تعيينهم تبعاً للنظام المعتمد بوزارة التربية والتعليم

(التي تشرف على المدرسة في كافة الجوانب المتعلقة بها) ويتلقى الطلاب تعليمهم فيها مـن الصف السابع وحتى الحادي عشر، لينتقلوا بعد ذلك للصف الثاني عـشر مـع أقـرانهم فـي مدارس أخرى، حيث تعمل إدارة المدرسة على تحويلهم للالتحاق بالمدارس العامة القريبة مـن أماكن سكناهم ليتموا مرحلة الثانوية العامة هناك مع متابعتها المستمرة لهم وتوفير ما يلـزمهم من قرطاسية ومواد تعليمية وكتب منهجية (مطبوعة بطريقة برايل)، كما وأنها تحوي جملـة من البرامج والأنشطة الخاصة بالطلاب المكفوفين كوحدة الحاسوب والتدريب علـى أنـشطة الحياة اليومية والإرشاد الحركي، علاوة على أنها تضم طلاباً من جميع أنحـاء قطـاع غـزة وتوفر لهم كافة الاحتياجات التعليمية والمواصلات مجاناً .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد :

ولكي تكون جوانب هذه الدراسة أكثر وضوحاً كان لا بد للباحثة من أن تجري مسحاً مكتبياً بكافة وسائل البحث المتاحة سواء التكنولوجية أو العادية، سعياً لبناء قاعدة معرفية قوية عن الاضطرابات السلوكية بأنماطها المتعددة وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي بأبعاده (شخصي، مدرسي، أسري، جسدي) للأطفال الصم والمكفوفين من 7 – 16 سنة "، ولكن رغم تنوع وسائل البحث واختلاف أوجه النشاط البحثي المتبع إلا أن الباحثة لم تتمكن من الحصول على أي دراسة تحوي بين طياتها أو في مضمونها جميع الجوانب التي سعت الدراسة الحالية للتركيز عليها في نفس الوقت، ولذا فقد ارتأت أن تلقي الضوء على ما أمكنها الحصول عليه من دراسات فلسطينية وعربية وأجنبية كانت قد اهتمت بجانب أو أكثر من جوانب الدراسة الحالية لجمع ما أمكن من المعلومات كقاعدة علمية ومعرفية يمكن الارتكاز عليها والاستفادة منها منهجاً أو أسلوباً أو نتائج لها دورها في إعطاء تصورات أولية لما يتعلق بمتغيرات الدراسة الحالية، وقامت بتصنيف هذه الدراسات على النحو التالي :

أ- دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين (صم، مكفوفين)

ب- دراسات تناولت التوافق النفسي لدى المعاقين (صم، مكفوفين)

ت - دراسات اهتمت بالاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى الأطفال

ث- دراسات نفسية متخصصة للمعاقين وغير المعاقين

أولاً) دراسات تناولت الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين (صم، مكفوفين)

وقد تطرقت الباحثة في هذه المجموعة إلى الدراسات التي اهتمت بالاضطرابات السلوكية أو أي من أبعادها الثمانية التي تحاول الدراسة الحالية التركيز عليها لدى الأطفال الصم أو المكفوفين .

وتجدر الإشارة إلى أن من بين دراسات هذه المجموعة من تطرقت إما للمشكلات السلوكية أو للاضطرابات النفسية ؛ لكون الأولى أقرب ما يكون في حدتها من الاضطراب، والتداخل الشديد بين كل منهما سواء في التعريف أو الأعراض، وغالباً ما استخدمت المشكلات السلوكية كمصطلح يدل في مضمونه على الاضطرابات السلوكية (من وجهة نظر الباحثة)، أما مصطلح الاضطرابات النفسية فهو مفهوم يضم بين زواياه المتعددة والمختلفة الاضطرابات السلوكية، وخاصة في ظل الندرة الواضحة للدراسات التي ركزت على الاضطرابات السلوكية لفظاً ومضموناً .

1) دراسة (وريكات والشحروري، 1996)

المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين في مراكز التربية الخاصة وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر

وتهدف للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة المكفوفين في مدارس التربية الخاصة ومراكزهم بمدينة عمان والعلاقة بينها وبين متغيري العمر والجنس، فتألفت عينتها من (149) طالب وطالبة، واستخدم مقياس المشكلات السلوكية (إعداد : أساتذة في الجامعة الأردنية) كأداة لها بعد أن تم تقنينه بما يتناسب مع المكفوفين، والتي أظهرت بأن أكثر المشكلات السلوكية حدة لدى الطلبة المكفوفين تمثلت في الحساسية الزائدة والسلوك الاعتمادي والشرود والتشتت والتشكيك والنزق والمتخاذل والانسحاب من المشاركة الاجتماعية والشعور بالقلق، وقد برزت فروق بين الجنسين ولصالح الذكور على أبعاد السلوك العدواني والحركة الزائدة والتمرد والمخادع والمتخاذل والنزق، أما الفروق لصالح الإناث فكانت في بعدي الشعور بالقلق والحساسية الزائدة، وبالنسبة لمتغير العمر فقد وجدت فروق دالة لصالح الأطفال من (10- 13) سنة في أبعاد سلوك الحركة الزائدة والمتخاذل والشرود والتشتت والحساسية الزائدة والتشكيك، وكانت لصالح الأطفال من (6- 9) سنوات في بعد السلوك النزق .

2) دراسة (محمود، 1997)

المشكلات النفسية لدى الأطفال المكفوفين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي

وتهدف هذه الدراسة للتعرف على المشكلات النفسية لدى الأطفال المكفوفين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي والفروق فيها تبعاً للجنس ونوع الإقامة (داخلي، خارجي) والمستوى التعليمي للوالدين وطبيعة تلك المشكلات من وجهة نظرهم، فبلغ حجم عينتها (170) كفيف وكفيفة تراوحت أعمارهم ما بين (9 – 12) سنة من مدارس النور والأمل الخاصة بالمكفوفين و (200) أب وأم لبعض أفراد العينة واستخدم فيها كل من قائمة المشكلات النفسية الخاصة بالمكفوفين الصورة الخاصة بالأطفال والوالدين (إعداد : الباحث) واختبار وكسلر بليفو " ذكاء الأطفال المقياس اللفظي " (تعريب : إسماعيل ومليكه) والدرجات التحصيلية لأفراد العينة من الأطفال كأدوات لها ، وأوضحت نتائجها أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المكفوفين ذوي المستويات التحصيلية المتباينة في المشكلات عامة سوى الاقتصادية والصحية التي برزت بشكل ملحوظ لدى الأطفال المكفوفين منخفضي التحصيل، هذا ولا توجد فروق بين الجنسين في جميع المشكلات باستثناء اللعب والترويح فكانت الفروق فيها لصالح الذكور، وبالنسبة لنوع الإقامة فوجد أن هناك فروق في المشكلات

الاقتصادية والصحية واللعب والترويح لصالح الأطفال ذوي الإقامة الداخلية بينما لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المكفوفين ذوي الإقامة الداخلية والخارجية في المشكلات الانفعالية والاجتماعية والأسرية والتعليمية، ويعد الأطفال المكفوفين لوالدين منخفضي المستوى التعليمي أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية، كما أن الوالدين يشتركان مع أطفالهما في إدراك تلك المشكلات .

3) دراسة (صوالحة، 1999)

المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعوقين سمعياً (الصم) في الأردن

وتهدف للكشف عن مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الصم الملتحقين بمدرسة الأمل للصم في مدينة اربد، وشملت عينتها (101) أصم ممن تراوحت أعمارهم ما بين (6 ــ 14) سنة، وزعت عليهم استبانه تقيس مدى انتشار المشكلات النفسية والاجتماعية لتظهر النتائج أن الفروق الظاهرية بين الجنسين والأطفال الأقل عمراً من (10) سنوات والأكثر منها في مدى انتشار المشكلات السلوكية ككل كانت دالة ولصالح الذكور المعوقين سمعياً الأكبر سناً باستثناء حالة المشكلات السلوكية الشخصية التحصيلية التي وجد أن الفروق فيها غير دالة، ولم تكن الفروق دالة أيضاً تبعاً لأثر التفاعل بين الجنس والعمر في مدى انتشارها .

4) دراسة (خصيفان، 2000)

فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة

تهدف الدراسة لتصميم برنامج في مجال الأشغال الفنية " الجلد " للطالبات الصم ؛ يسهم في تخفيض حدة السلوك العدواني ويرقى باتجاهاتهن نحو ممارسة الفن بشكل عام والأشغال الفنية بشكل خاص، واستخدمت فيها مقياس أشكال السلوك العدواني (إعداد : عبد الفتاح وعدله على البيئة السعودية : عنبر) واستمارة تقييم مشغولات فنية " جلدية " (إعداد الباحثة)، وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين التطبيق القبلي والبعدي في درجة العدوانية مما يؤكد انخفاض السلوك العدواني في التطبيق البعدي .

5) دراسة (باظه، 2001)

مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين

تهدف الدراسة إلى تصميم مقياس للاضطرابـــات السلوكية لذوي الإعاقات الحسية ومقارنتهـــا بالعاديين وتكون من أبعاد سبعة تمثلت في الاضطرابات السلوكية، الاكتئاب الأساسي، اختلال التفكير، النشاط الزائد، الانسحاب الانفعالي، القلق، اضطرابـــات التواصل (خاص بالـــصم)، اضطرابـــات الكلام (خاص بالمكفوفين)، وقد طبق هذا المقياس على عينة قوامها (120) طفـــلاً من الأطفال الصم والمكفوفين والعاديـــن ؛ لدراسة ثبـــات المقياس، فوجـــد أن نسبته (75%) لدى الذكور، بينما كان ثباته لدى الإناث بنسبة (78%) .

6) دراسة (أبو الخير، 2002)

مدى فاعلية برنامج ارشادي لتعديل العدواني لدى المعوقين سمعياً

وهدفت للتعرف على أثر الإرشاد ضمن برنامج مقترح على خفض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال المعاقين سمعياً، والفرق بين الصم وضعاف السمع في مستوى الاستفـــادة منه، تألفت عينتـــها من (48) طالـــب من الصم وضعـــاف السمع الذين تراوحـــت أعمارهم مـــا بـــين (11 ــ 13) سنـــة بمعهد الأمل للصم والبكم في " شبين الكوم "، وكـــان من بين أدواتهـــا البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) واختبار الذكاء غير اللفظي (إعـــداد : هنـــا، 1965) ومقياس العدوان " التقدير الذاتي " (إعداد : فرغلي، 1979)، وبرز من بين نتائجهـــا وجود فروق دالة بين مجموعتي الصم التجريبية والضابطة لصالح التجريبية على مقيـــاس الـــسلوك العدواني بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وكذلك وجدت الفروق لدى أفراد المجموعة التجريبية لهم ما بين التطبيق القبلي والبعدي لصالح البعدي .

7) دراسة (الكاشف، 2004)

المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاقين سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج

وتهدف للمقارنـــة بين الطلاب الصم المدمجين في فصول ملحقـــة بالمدارس العادية وأقـــرانهم الملحقين بمعهد الصم المختصة بتعليم المعاقين سمعياً ؛ للتعرف على تأثير الدمج مع الأطفـــال العاديين على درجة انتشـــار المشكلات السلوكية بينهم ومدى تقديـــرهم لذواتهم والكشف عـــن العلاقة بين انتشـــار المشكلات السلوكية وتقدير الـــذات لدى الأصم المدمج وغيـــــر المـــدمج والمشكـــلات السلوكية التي تتنبأ بتكوين تقديـــر ذات سلبي لديهم وذلك علـــى عينة مكونة مـــن (80) من التلاميذ الصم المدمجين و غير المدمجيـــن تراوحت أعمـــارهم بين (10- 14) عاماً، وطبقـــت فيها كل من قائمة المشكـــلات السلوكية ومقياس تقدير الذات للأصم (إعـــداد الباحثة)، ودلت نتائجها على وجود فروق واضحة بالنسبة للمشكلات السلوكية لصالح الطلاب

غير المدمجين، في حين لم تظهر فروق بين تقدير الذات لدى الطلاب وسـلوك الانـسحـاب والسلوك النمطي واللازمات، وقد كان سلوك الانسحاب فقط هو المنبأ بتقدير ذات سلبي لـدى الأصم المدمج .

8) دراسة (النجار، 2005)

مدى فاعلية برنامـج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة (لدى عينة من الأطفال الصم)

وتهدف لمعرفة مدى فاعلية البرنـامج المعرفي السلوكي المـستخدم فـي تعـديل سـلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة والاندفاعية لدى الأطفال الصـم في المرحلة الابتدائيـة ووضع مقياس لتشخيص اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لديهم، واستند فيها لعينة مـن الأطفـال الصم (لا تقل درجة إعاقتهم السمعيـة عن 80 ديسبل) يتراوح عمرهـم ما بين (9 - 11) سنة من مدرسة الأمل الابتدائية للصم وضعاف السمع بالمحلة الكبـرى، الـذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة وفق درجاتهم على مقيـاس (مـن إعـداد الباحث) وطبق البرنامج الإرشادي (إعداد الباحث) على مجموعة تجريبية مـن ضـمنهم، وتوصل إلى نتائج عدة من أبرزها وجود فروق بين درجات أطفال كـل مـن المجمـوعتين التجريبية والضابطة على مقياس اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركـة وجميـع محاورهـا بالنسبة للتطبيق البعدي لصالح أطفـال المجموعة التجريبية، وذلك على صورتي المقيـاس المنزليـة، وبالنسبة للصورة المدرسيـة فقد وجد أن هناك فروق في نقص الانتبـاه وفـرط الحركـة فقط لصالح التطبيق البعدي ولأطفال المجموعة التجريبية .

التعليق على الدراسات

هدفت الباحثة من خلال عرض هذه المجموعة من الدراسات للتعـرف علـى الاضـطرابات السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفـال الصم والمكفوفيـن ومدى تأثيرها على النـواحي النفسية ذات العلاقة بمستوى التوافق النفسي لديهم .

فقـد كانت على علاقة وطيدة بالدراسـة الحالية ؛ فهي تهتم بما يتعلـق بـشكـل أو بـآخر بالاضطرابات أو المشكلات السلوكية (التي قد تتحول مـن مجـرد مـشكلة سـلوكية إلـى اضطراب سلوكي إن أهملت ولم يتم تعديلها لدى الأطفال)، أو النفسية أو أي من أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية الثمانية (موضوع الدراسة) إما لدى الأطفال الـصم أو المكفـوفين، ولضمان تحقيق الجدوى من عرض هذه الدراسات وإتاحة الفرصة لجمع معلومات مسبقة (قد تساهم في صياغة فروض تؤيد أو تخالف نتائج الدراسة الحالية) كان لا بد من إلقاء الـضوء

عليها ودراسة نتائجهـــا بكل دقة وموضوعية، والاستفـــادة ما أمكن ممـــا اهتمـــت بـــه مـــن موضوعات ذات علاقة بالدراسة الحالية، ووفقاً للتحليـــل المتفحص لما ورد في تلك الدراسات فقد تبين ما يأتي :

أ- إن دمـــج الأطفال الصم يخـــفف من حدة المشكـــلات السلوكية لديهـــم باســـتثناء الـــسلوك الإنسحابي، في حين تعد المشكلات الإنسحابية والسلوك النمطي واللازمات العصبية هي مـــن أبرز المشكلات السلوكية لدى الأطفـــال الصم غير المدمجين، بينما كانت أبرز تلك المشكلات لدى الأطفال المكفوفين متمثلة في الحساسيـــة الزائدة والسلوك الاعتمادي والشرود والتـــشتت والتشكيـــك والشعور بالقلق والنزق والمتخاذل والعدواني والحركة الزائدة والتمرد والمخـــادع والانسحاب من المشاركة الاجتماعية .

ب- تشير بعض الدراســـات إلى تأثر الاضطرابـــات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين بكل من مستوى التحصيل ونوع الإقامة والجنس والمرحلة العمرية .

ت- اتضح أن لكـــل من نوع الإقامـــة (داخلي، خارجي) وحجم الأســـرة وعدد أفرادهـــــا والمستـــوى الاقتصادي والوضع الاجتمـــاعي دوراً وإن لم يكن بارزاً فـــي مـــــدى انتـــشار الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المكفوفيـــن، بيد أن هناك علاقة سالبة بين كل من مـــدى انتشار المشكلات السلوكيـــة ومستوى التحصيل الدراسي وتقدير الـــذات لدى الأطفال الـــصم والمكفوفين .

ث- إن الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين تتشابه إلى حد كبير مع ما هـــي عليه عند أقرانهم من غير المعاقين، مع ما هناك من اختلاف لا يمكن تجاوزه من حيث طريقة التعبير عنها، واتفاقها مع المجـــالات السلوكية المختلفة، وهذا يؤكد عدم وجـــود فروق ــ من خلال ما استعرضته هذه الدراسات ــ في طبيعة تلك الاضطرابات والمشكلات بين المعـــاقين وغير المعاقين وحتى في ضوء المتغيـــرات الديمجرافية كالجنس والعمر والمتغيرات النفـــسية كمفهوم وتقدير الذات فالنتائج واحدة تقريباً .

ج- فاعلية البرامج المقترحة ضمن دراسات هذه المجموعـــة في خفـــض حدة الاضـــطرابات السلوكية (التي صممت لأجلها) لدى الأطفال الصم والمكفوفين .

وأخيراً، وبعد الدراســـة المتأملة والمتفحصة للمقاييس التي أعدهـــا الباحثين في ضـــوء هـــذه الدراسات ارتأت الباحثة الاستناد إلى مقياس (باظه، 2001) للاضطرابات الـــسلوكية كأحـــد أدوات الدراسة الحالية الرئيسية بعد إجراء قليل من التعديلات عليه ؛ وذلك لكونه الوحيد الذي اهتم بقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين، وهذا ما لم تتطرق إليه أي من الدراسات الأخرى، كما أنه تمتع بدرجة ثبات عالية تتيح إمكانية اســـتخدامه ضـــمن أدوات الدراسة بشيء من الأمان العلمي .

ثانياً) دراســات تنــاولت التــوافق النفســي لدى المعاقيــن (صم، مكفوفين)

وتضم هذه المجموعة بين طياتها ثلة من الدراســات التي اهتمت بموضوع التوافق النفسي أو أحد أبعــاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجســدي) لدى أي من الأطفــــال الــصم أو المكفوفين أو كلاهما

9) دراسة (Lily Brunschwig,1978 &Pinter)

التوافق الاجتماعي والنفسي للطفل الأصم " دراسة ميدانية "

وتهدف للكشف عن مدى التوافق الاجتماعي والنفسي للطفل الأصم وأثر الوراثة وطرق التعلم والاتصال التي يستخدمها على شخصيته، وضمت العينة (770) أصــم و(560) صــماء تراوحت أعمارهم ما بين (15- 17) سنة، وطبق عليهم مقيــاس الشخصية للأطفال الصم، فأظهرت النتائج أن التعلم عن طريق الشفاه له أثره في مساعدة الأطفال على حسن التكيــف، فالأطفال الذين تعلموا عن طريق الشفاه كانوا أكثر توافقــاً ممن تعلموا باستخدام لغة الإشارة، هذا وأثبتت أن الأطفــال الصم الذين لا يوجد في أسرهم أطفال صم كانوا أقل توافقاً وتكيفــاً ممن في أسرهم أشخاص صم .(أحمد، 1978 :13)

10) دراسة (صبحي، 1979)

التوافق النفسي للكفيف المراهق وعلاقته ببعض المناشط داخل المدرسة

ويهدف هذا البحث إلى دراسة المناشط المتنوعة التي يمارسها الكفيــف المراهــق وعلاقتهــا بتوافقه النفسي والاجتماعي، فتكونت عينته من (50) طالباً من المدرسة الإعداديــة المهنيــة للنور ومدرسة المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزيتون ممن قلت قوة الإبــصار لديهم بعد التصحيح عن 60/3 في أحسن العينين، وشملت أدواته اختبار الشخــصية للمرحلــة الإعدادية والثانوية ومقياس تقدير ممارسة النشاط، واعتمد الأسلوب التجريبــي منهجــاً لــه، فأوضحت نتائجه وجود فروق دالة بين التلاميذ الذين يمارسون المناشــط في أوقات الفراغ و الذين لا يمارسونها في كل من جوانب التوافق النفسي المتمثلة في اعتماد المراهق على نفــسه وشعوره بحريته والانتماء وتحرره من الميل إلى الانفراد والميول المضادة للمجتمع وخلوه من الأعراض العصابية واعترافه بالمستويات الاجتماعية، واكتسابه للمهارات الاجتماعية وعلاقته بأسرته ومدرسته وبيئته المحلية .

11) دراسة (عفيفي، 1979)

مدى التوافق النفسي لضعاف البصر

وتهدف هذه الدراسة للكشــف عن مدى التوافق النفسي لفئة ضعاف البــصر بالقيــاس إلــى المبصرين والعميان ؛ لفهم ما يميز سيكولوجيــة هــذه الفئــة، وتــستند لدراســتين إمبريقيــة وإكلينيكية، فتألفت عينتها من (90) طالباً في المرحلة الثانوية من العميان وضعاف البــصر والمبصرين، وكان من بين أدوات الدراســة الإمبريقية اختبار الشخصيــة للمرحلة الإعداديــة والثانوية (إعداد : هنا) واختبــار وكسلر لذكاء المراهقين والراشديــن (تعريــب : مليكــه وإسماعيل)، أما الإكلينيكية فقد اختار لها حالتين من ضعاف البصر أحدهما أقل توافقاً والثاني أكثر توافقاً وطبق عليهما استمارة المقابلة الشخصيــة واختبار الحاجــات الكامنة (إعــداد : مخيمر) والمقابلات الإكلينيكية الطليقــة واختبار تفهم الموضوع (إعداد : موري) ودراســة الأحلام والهفوات وقد أسفرت الدراسة الإمبريقية عن وجود فروق دالة إحصائياً في مــستوى التوافق النفسي لصالح المبصرين فالعميان وأخيراً ضعاف البصر، في حــين بينــت نتائـــج الدراسة الإكلينيكية أن الاختلاف بين الحالتين هو اختلاف في درجة سوء التوافق فقــد كــان هناك بعض الخصائص المشتركة بين الحالتين كالغريزة العدوانية وقد اتضح لــديهما ارتفــاع شديد في السادية العدوانية وارتفاع نسبي في الناظرية، والغريزة الجنسيــة فكلاهما لا اتصال جنسي ولا علاقة عاطفية حقيقية، أما عن القلق ومدى التوافق مع ضعف الإبــصار فاتــضح بصورة بارزة وذلك بفعل شدة الخوف من تطور الحالة إلى العمى الكامل، وكان التبرم بالحياة والنظر إليها على أنها صراع غير متكافئ يخفي إحساسا عميقا بالظلم والاضطهاد من دلالات عدم توافقهمــا، وبالتالي فإن ضعف الإبصــار كمتجه صادر عن الفرد يستثير بشكل واضــح دوافع العدوانية والناظرية والاستعراضية، لتلقي جميعاً الإحباط مصيراً لا مفر منه .

12) دراسة (الطيب، 1980)

أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المكفوفين من الجنسين

وتهدف لدراسة الفروق بين المراهقين المكفوفين ذوي الإقامة الداخلية والمقيمين مع أسرهم في مستوى توافقهم النفسي، وتكونت العينة من (70) كفيف وكفيفــة مــن الطلبــة المــراهقين والمراهقات في المرحلة الإعدادية والثانوية الذين يقيمون إقامة خارجية وداخليــة، وكان مــن

بين أدواتها دليل الوضـــع الاقتصادي والاجتماعي (إعداد : عبد الغفار وقــشقوش، 1977) واختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية (إعداد :هنا) وقد توصلت الدراسة إلى أنـــه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين كل من الذكور والإناث في الإقامة الداخلية والخارجيـــة وذلـــك بالنسبة للتوافق الشخصي والاجتماعي والعام، وكذلك بين العينة الكلية من الجنسين في الإقامة الداخليـــة والخارجية بالنسبة للتوافــق الشخصي والتوافق الاجتماعي، بينما توجد فروق عالية دالة عند مستوى (0.01) بين مجموعتي الإقامة الداخلية والخارجية الكلية في التوافق العـــام لصالح الداخلية .

13) دراسة (خصيفان، 2000)

دراسة مقارنة للتكيف الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين ســمعياً وأقــرانهم مــن الأسوياء في منطقة مكة المكرمة

وتهدف إلى معرفة الفروق بين المعوقات سمعياً والسويات فـــي درجـــة التكيـــف الشخـــصي والاجتماعي، وتم اختيـــار العينة من طالبـــات الصف الرابع والخامس والســـادس في معهدي الأمل الابتدائي بمنطقة مكة المكرمة ومحافظة جدة وطالبات نفس المرحلة فـــي عـــشرة مـــن المدارس العادية بالمنطقتين وقسمت عينة المعوقات سمعياً إلى ضعيفات سمع وصـــم، وطبـــق على جميعهن اختبار الشخصية للأطفال (إعداد وتعريـــب : هنـــا) والمقـــنن علـــى البيئـــة السعودية، لتتوصل في نهاية الدراســـة لوجود فروق في التكيف الشخصي والاجتماعي والعام بين السويات والمعوقات سمعياً لصالح السويات وبين الصم منهن وضعيفات الـــسمع لـــصالح ضعيفات السمع.

14) دراسة (عبد الحميد، 2002)

فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى المعاقين سمعياً

تهدف الدراســـة للتعرف على أثر نوع الإقامة على التوافـــق النفسي للأبناء المعاقين ســـمعياً والكشـــف عن مدى فاعلية البرنامج الإرشادي للصم على توافقهم النفسي، وتكونت عينتها من (80) تلميذاً من تلاميذ الصفين الرابع والخامس بمدرسة الأمل للصم وضعاف السمع بـــإدارة حلوان التعليمية ممن يقيمون إقامة داخلية ومن يقيمون مع الأسرة، وكان مـــن بـــين أدواتهـــا مقيـــاس التوافق النفسي للمعاقين سمعيـــاً (إعداد :عرقوب 1996) وبرنامج لتحسين التوافق النفسي للأطفال الصم وبرنامج إرشاد أسري لآباء المعاقين سمعياً واستمارة ملاحظـــة ســـلوك الأطفال الصم موجهة للأخصائيين والآبـــاء (إعداد الباحثة)، وأظهرت نتائجها وجود فروق

دالة بين التلاميـــذ المقيمين داخلياً والتلاميذ المقيمين مع الأسرة في مستوى التوافـــق النفـــسي لصالح المقيمين مع أسرهم وفاعلية البرامج التي استخدمتها الباحثة في هذه الدراسة .

15) دراسة (أبو رجيلة، 2004)

التوافق النفسي والاجتماعي للمكفوفين اليمنيين في محافظة صنعاء "دراسة ميدانية"

وتهدف للكشف عن التوافق النفسي والاجتماعي لدى المكفوفين اليمنيين والمبصرين في أمانـــة العاصمة وعلاقته ببعض المتغيرات، وضمت العينة (300) كفيف وكفيفة من الذين تراوحت أعمارهم ما بين (15- 30) سنة، وقد تمثلت أدواتها في مقياس التوافق النفسي والاجتماعي للمكفوفين (إعداد : الباحث)، ليتوصل من خلالها لمجموعة من النتائج والتي برز من بينهـــا أن المكفوفين يتمتعون بالتوافق النفسي والاجتماعي أكثر من المبصرين، ولكنه لا توجد فروق في مستوى التوافق النفسي والاجتماعي لدى المكفوفين تعزى لكل من النوع أو العمر .

التعليق على الدراسات

لقد كانت الدراسات التي عرضت ضمن هذه المجموعة إما أجنبية أو عربيـــة، ولـــم تـــتمكن الباحثة من إيجاد دراسات فلسطينية تهتم بالتوافق النفسي لدى الصم أو المكفوفين، مما يعكـــس القصور الواضح في هذا الجانب، ناهيك عن قلة الدراسات العربية التي ركزت عليه أيـــضاً، والتي اهتمت في غالبية الأمر بالمقارنـــة بين الصم أو المكفوفين مع غير المعاقين في مستوى التوافق النفسي، مع أن كلاهما بحاجة ماسة لدراسة متعمقة فيما يتعلق به ؛ أمـــلاً فـــي إبـــراز سماتهما وخصائصهما النفسية، وذلك لكونهما من شرائح المجتمع الهامة ذات الواقع المتميـــز بما قد تفرضه الإعاقة من نقص في قدرة إحدى حواسهما على القيام بالدور المنوط بها، والذي قد ينعكس بشكل ملموس وفعلي على النشاط الاجتماعي أو العلمي باختلاف أنواعه ومستوياته.
وبما أن التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفيـــن يعد من أبرز الميادين الهامة التي ركـــزت عليها الدراســـة الحالية، فقد كان لا بد من التطـــرق بشكل فعلي وجاد لمثـــل دراســـات هـــذه المجموعة، وبالتالي التعـــرف على ما أمكنها التوصل إليه من نتـــائج حول مستوى التوافـــق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين ومدى تأثره ببعض المتغيرات (التي كان من بينهـــا بعـــضاً مما حاولت الباحثة عرضه في هذه الدراسة)، والاستفادة منها في وضع تصور أولي لما هية

الجوانب التي يمكـــن أن تؤثر في ذلك المستوى وآلية وطبيعة المناهـــج المستخدمة في بناءها وتطبيقها، وعليه فإن من بين ما يمكن الإشارة إليه بعد الدراسة المتفحصة للجوانـــب المختلفـــة من تلك الدراسات جاء على النحو التالي :

1- عدم وجود فروق واضحة بين الجنسين من المعاقين في مستوى التوافق النفسي .

2- إن عزل الأطفال الصم عن المجتمع له آثاره السلبية على مستوى توافقهم النفسي، بيـــد أن البرامج الإرشادية من شأنها أن تساهم في تحسينه .

3-تباينت آراء الباحثين حول الفرق بين المعاقين وغير المعاقين في مستوى التوافق النفـــسي فبعضاً منها يشير إلى أن المعاقين أقل توافقاً من غيرهم، بينما أفاد البعض الآخر بـــأن غيـــر المعاقين هم الأقل في مستوى التوافق النفسي .

4- يعد ضعاف السمع أكثر توافقاً من الصم في حين كان المكفوفين كلياً أكثـــر توافقـــاً مـــن ضعاف البصر، وبمعنى آخر فإن درجة الإعاقة ذات أثر واضح على مستوى التوافق النفـــسي لدى المعاقين وتختلف باختلاف نوع الإعاقة (صم، مكفوفين) .

5- يتمتع المكفوفين بمستوى مناسب من التوافق النفسي في بيئة تعاني نفس ظروفهم الـــصحية إذا وجدوا بعيداً عن المجتمع الذي قد يتسبب في توترهم وإضعاف قدرتهم على التوافق معـــه بما يحويه من معيقات وعدم تقبله لهم أو التماشي مع واقعهم .

6- إن ضعاف البصر يعانون بصورة واضـــحة من ارتفاع في مستوى الـــسلوك العـــدواني وبعض الأعراض العصابية والاضطرابـــات الجنسية مما قد يدلل على ارتفاع مستـــوى سوء التوافق لديهم لما يشعرون به من قلق وخوف مبرر بما يمكن أن يحدث في حالة وصولهم إلى الكف الكلي والذي يحول بينهم وبين الاتصال البصري مع المحيطين .

ولما لدرجة الإعاقة من أثر على مستـــوى التوافق النفسي لدى الأطفال، والأثر البارز الذي قد يتركه ضعف الإبصار على مستوى التوافق النفسي للأطفال فقد آثرت الباحثة أن يكون لدرجة الإعاقة موقعها الفعلي بين متغيرات الدراسة بما يتعلق بالمكفوفين، ولكون الصم أقل توافقاً من ضعاف السمـــع فلم تحاول الباحثة الاستناد في دراستها الحالية لدرجة الإعاقة لديهم .

وبما أن هناك ثمة تباين ملحوظ بين آراء الباحثين حول مستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين كان لا بد وأن تعطي الدراسة مزيداً من الاهتمام لهذا الجانـــب، أمـــلاً منهـــا فـــي الوصول لرأي واضح في هذا الميدان بما يتعلق بالصم والمكفوفين الفلسطينيين (في ظل عدم وجود دراسات فلسطينية تحاول الكشف عنه) .

ثالثاً) دراســـات تنـــاولت التوافق النفســـي وعلاقتـــه بالاضطرابـــات السلوكيـــة

وضمت هذه المجموعة ما أمكن أن تتوصل له الباحثة من دراسات تناولت العلاقة بين كل من الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي لدى الأطفال، سواء بشكل مباشر أو كمتغيــر ضـــمن المتغيرات التي تتناولها .

16) دراسة (الجنادي، 1984)

دراسة تحليلية لبعض الاضطرابات السلوكية وعلاقتهـا بتقبـل الـذات وبعـض متغيـرات الشخصية لدى المراهقين

وتهدف لدراسة الاضطرابات السلوكيـة بأبعادها (القلق، العدوان، التمرد، الانسحاب) لـدى المراهقيـن من (12 ــ 17) سنة والتعـرف على أثرها على بعـض العوامل المتعلقة بهم والعلاقة بينهـا وبين بعض جوانب الشخصيـة، وبلغ عدد أفـراد عينة الدراسـة الإمبريقيـة (677) تلميذ وتلميذة من المدارس الإعدادية والثانوية العامة بمحافظة أسيوط طبـق علـيهم مقياس الاضطرابات السلوكيـة ليتم بعد ذلك اختيار (27%) من أصل (366) مراهق هم عدد أفراد المجموعتين المتطرفتين على المقياس (أعلى اضطـراب، أدنى اضطراب)، أمـا الإكلينيكية فقد طبقت على (6) تلاميذ من المجموعتين، وكان من بين أدوات الدراسة بـشكل عام مقياس الاضطرابات السلوكية ومقياس تقبل الذات لـدى المـراهقين واسـتمارة المقابلـة الإكلينيكية الطليقة " تاريخ الحالة " (وهم إعداد الباحثة) واختبار الشخصية للمرحلة الإعدادية والثانوية (إعداد : هنا) واختبار تفهم الموضوع " T.A.T " لمواري (إعـداد : نجـاتي)، وأظهرت بعض نتائجها وجود فروق بين الجنسين في القلق والانسحـاب لصالح البنات، وفي العدوان والتمرد لصالح البنين وبدت أوضح ما يكون في سن (16) سنة، وكـذلك وجـدت فروق جلية بين المراهقين الأكثر والأقل اضطراباً في تقبل الذات لصالح المجموعـة الثانيـة ورفض الذات لصالح الأولى والتوافق الشخصي والاجتماعي والعام والذكاء لـصالح الثانيـة ووجود علاقة ارتباطية سالبة بين الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين وبين تقبلهم لـذواتهم والتوافق والذكاء وعلاقة موجبة بينها وبين رفضهم لذواتهم .

17) دراسة (الخليفي، 1994)

المشكلات السلوكية لدى أطفال المدرسة الابتدائية بدولة قطر

وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة المشكلات السلوكية التي توجد لدى التلاميذ المدرسة الابتدائية في دولة قطر وعلاقتها بالتفوق أو التأخر الدراسي، وشملت عينتها (462) تلميذاً وتلميذة من الصف الثالث وحتى السادس الابتدائي، طبق عليهم قائمة مشكلات أطفال المدرسة الابتدائية (إعداد الباحثة) واختبار الشخصية للأطفال (إعداد : هنا)، وأظهرت النتائج أن مشكلات الكذب وعدم الاهتمام بالنظافة الشخصية وإهمال الواجبات المدرسية والغيرة هي ما كانت واضحة من بين أكثر من أربعين مشكلة سلوكية قاستها الدراسة لدى أفراد العينة، ووجدت فروقاً دالة بين الذكور والإناث في بعد الاعتماد على النفس لصالح الذكور وكانت لصالح الإناث في أبعاد الشعور بالانتماء والقدرة على اكتساب المهارات الاجتماعية والعلاقة بالمدرسة، وتميز الطفل القطري عن غيره ببعد التحرر من الانطواء، وجميعهم من أبعاد التوافق الشخصي في المقياس المستخدم .

18) دراسة (Schwartz, 1995)

التوافق المدرسي لدى طلاب المدرسة الثانوية وعلاقته بالاضطرابات النفسية

وتهدف هذه الدراسة للكشف عن علاقة الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة بالتوافق النفسي والمدرسي في المراحل العمرية اللاحقة، وتألفت عينتها من (167) طالباً وطالبة مضطربين سلوكياً (يعانون من الاندفاعية والنشاط الزائد وارتفاع معدلات الغضب والعدوانية) من المدارس العليا، وضمت أدواتها استبيان خاص بالوالدين للمشكلات والاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة ومقاييس للاضطرابات السلوكية ومستوى التوافق النفسي والتحصيل الدراسي، لتظهر النتائج وجود علاقة دالة بين الاضطرابات السلوكية في مرحلة الطفولة المبكرة ومستوى التوافق النفسي لدى الطلاب في مرحلة المراهقة المتأخرة وخاصة بالنسبة للأطفال الذين ارتبطت الاضطرابات السلوكية لديهم بسوء التوافق المدرسي .

19) دراسة (محمد، 1995)

" دراسة ميدانية " سمات الشخصية المميزة لحالات سوء التوافق وحالات الاضطراب النفسي في الكويت

وتهدف للكشف عن السمات الشخصية المميزة لفئتي سيئي التوافق والمضطربين نفسياً من الجنسين كل على حده، وتكونت العينة من (258) فرداً من سيئي التوافق والمضطربين نفسياً والعاديين، واستخدم فيها اختبار كاتل (16 PF) المقنن للبيئة الكويتية، فأوضحت النتائج وجود فروق بين أداءات الفئات الثلاثة على عوامل ثلاث هي الذكي والغبي، المغامر

والخجول، المتوتر والغير متوتر لصالح العاديين، وبالنسبة للجنـــس فكانت في (هادي وسهل الإثـــارة، انبساطي وانطوائي، مغامر خجول، حي الضميـــر ولا أبالي، عقلية مرنة وخـــشنة، ذو خيال عملي، داهية وساذج، قلق ومطمئن، مجدد وتقليدي، منضبط وغير منضبط) لصالح الإناث العاديين .

20) دراسة (الطويل، 2000)

التوافق النفسي المدرسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظـــة غزة

وهدفت للتعرف على أكثر مستويات التوافق النفسي المدرسي والسلوك العدواني انتشاراً بـــين طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة والكشف عن العلاقة الارتباطية بين بعضهما البعض مـــن جهة وبينهما وبين بعض المتغيرات (الجنس، التخصص، مستوى دخل الأسرة، عـــدد أفـــراد الأسرة) من جهة أخرى، وتألفت العينة من (800) طالب وطالبة من التخصصـــات العلمية والأدبية الذين تراوحت أعمـــارهم ما بين (15.3- 19.9) سنة طبق عليهم مقياسي التوافق المدرسي والسلوك العدواني (إعداد الباحث)، فبرز من بين النتائج أنه لا توجد فـــروق دالـــة في مستوى التوافق النفسي بين طلاب وطالبات المرحلة الثانوية وتفوق الطلاب في مـــستوى السلوك العدواني على الطالبات ويعد طلبة القسم الأدبي أكثر توافقاً وعدوانية من العلمي ولـــم توجد فروق دالة في مستوى التوافق المدرسي والسلوك العدواني تعزى لمستوى الدخل وحجم الأسرة وقد وجدت ارتباطيه غير تامة عكسية بين التوافق النفسي المدرسي والسلوك العدواني لدى الطلاب .

التعليق على الدراسات

يلاحظ من دراسات هذه المجموعة مع تنوع مصادرها (فمنها الفلسطينية والعربية والأجنبية) أنها تتميز بالندرة واقتصـــارها على غير المعاقين (فهي تجسد كل ما أمكن الباحثة الحصول عليه خلال المسح المكتبي والتكنولوجي) .

وقد ركزت على حيزاً من المرحلة العمرية موضوع الدراســة، بالإضافة لكونها ضمت بــين طياتها هدفاً أساسياً من أهداف الدراســة الحالية ألا وهو معرفة العلاقة بين التوافــق النفــسي والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال (سواء كانت جميعها أو بعضاً منها) مما يتيح للباحثــة فرصة كبيرة للاستفــادة من خبرات هؤلاء الباحثين ويدعم ضرورة تطبيق مثل هذه الدراســة على الأطفــال الصم والمكفوفين ؛ للكشف عن طبيعة العلاقــة بين الاضــطرابات الــسلوكية والتوافق النفسي لديهم، وخاصة في ظل ما يتعرضون له من معيقــات اجتماعية وما يعانونــه من إعاقة حسية قد تؤثر بشكل أو بآخر على هذين الجانبين فقد يكون للإعاقة دورها في زيادة الاضطرابات السلوكية وتقليل التوافق النفسي لديهم وهذا ما سعت الدراسة الحالية للتحقق منه، وبالدراسة الدقيقة لما عرض ضمن هذه الدراسات تبين التالي:

أشارت جميع الدراسات إلى أن هناك علاقة سالبة بين كل من السلوك العدواني والاضطرابات السلوكية من جهة والتوافــق النفسي من جهة أخرى، مما يؤكد وجود تأثيــــر ســلبي لتلــك الاضطرابات لدى الأطفال العاديين، فكيف بالحال لدى المعاقين ؟!.

كما أن هناك اختلافاً واضحاً في طبيعة الاضطرابات السلوكية لدى كل من الــذكور والإنـــاث حيث تعتمد عند الذكور على الجانب الحركي والفكري كالعدوان مثلاً أما الإناث فتبرز لــديهن الاضطرابات ذات الطابع الانفعالي الوجداني كالغيرة الشديدة .

هذا ولا يؤثر كل من المستوى الاقتصـــادي أو الاجتماعي في طبيعة الاضطرابـــات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي، وقد يكون لكل من مستوى التحصيــل والتخصص أثرهمــا على ذلك .

وقد تكون معاناة الطفل من الاضطرابات السلوكية في مراحل مبكرة من العمــر لـــه علاقــة واضحة بسوء التوافق المدرسي في مراحل الطفــولة اللاحقة أو المراهقة وخاصة إذا أخــذت تلك الاضطرابات طابع الاستمرارية .

ممـــا يُبين طبيعة العلاقة بين هذين الجانبيــن وأثرهما بالتالي على الطفــل وواقعــه النفــسي والاجتماعي؛ لذا فقد كان من الضروري دراسة العلاقة بينهما لدى الأطفال الصم والمكفــوفين وذلك لحساسية وضعهم الاجتماعي وما يحيط بهم من معوقات (يعززها المجتمع) في ميادين الحيـــاة المختلفة سواء الاجتماعية أو الاقتصاديـــة أو الترفيهية أو الأسرية أو الأكاديميـــــة أو النفسية وما يتعلق بهذا الجانب من قدرات معرفية ومهارات أدائية وسمات انفعاليـــة وجدانيـــة تساهم بدورها في صقل شخصية الطفل وتدعم قدرته على تحقيق قدر من التوافــق النفــسي، وبالتالي التمتع بالصحـــة النفسية اللازمة له في مجابهة التحديات والمعوقات، وداعمة له فـــي اتجاه العطاء والبناء سواء لذاته أو لمجتمعه في المراحل العمرية اللاحقة وأقدر علـــى تحمـــل المسئولية وسعياً ليكونوا عنصراً فاعلاً في الأسرة والمجتمع على حد سواء .

رابعاً) دراســات نفسيــة متخصصــة للمعاقيــن وغيــر المعاقيــن

اشتمــلت هذه المجموعة على عدد كبيــر من الدراسات التي تختص بالتوافـــق النفــسي أو الاضطرابات السلوكية أو أي من أبعادهما موضوع الدراسة لدى الأطفــال ضـــمن المرحلـــة العمرية التي تركز عليها الدراسة الحالية، أو تلك الدراسات التي اهتمــت بــبعض الجوانــب النفسية لدى الأطفال الصم والمكفوفين.

21) دراسة (الملا، 1969)

دراسة مقارنة للذكاء الاجتماعي والاستعداد التعليمي بين الأطفال الصم وعاديي السمع

وقد هدفت للتعرف على مدى الاختلاف في الذكاء الاجتماعي والاستعداد الدراسي بين الأطفال الصم وعاديي السمع، تألفت عينتها من (120) طفل من الصم والعــاديين الــذين تراوحــت أعمارهم ما بين (3-6) سنوات من المستويين المنخفض والمتوسط اجتماعياً واقتــصاديــاً، طبق عليهم مقياس " الفانيلاند " للنضج الاجتماعي و " الهسكي بنراسكا ".
فأسفرت نتائج التطبيق عن وجود فروق بين الأطفال الصم وعاديي السمع في كل من النــضج الاجتماعي والاستعداد التعليمي، بينما لم تتضح أية فروق فيهما بين الجنسين.

22) دراسة (Wulf, 1977)

التوافق النفسي اللاحق للأطفال الذين فقدوا أحد الوالدين لوفاته

تهدف الدراسة إلى التعرف على أثر وفاة أحد الوالدين في مرحلة الطفولة على التوافق النفسي اللاحق للأبناء، وفيها طبقت اختبارات القلق والاكتئاب ومركز التحكم والثقة البــين شخــصية على عينة أطفال من عائلات مكتملة وعائلات توفي فيها أحد الوالدين وعائلات انفصل فيهـــا الوالدين وعائلات فقدت كلا الوالدين، فأظهرت النتائج أن وفاة أحد الوالدين فـــي الطفولـــة لا يشكل في حد ذاته عاملاً مؤدياً إلى سوء التوافق فيما بعد وأن إمداد الأســر بالمفــاهيم التـــي تشرح وتفسر فكرة الموت يساعد في التغلب على مشاعر الأسى، ويقلل إلى الحــد الأدنى من إمكانيـــة حدوث خلل وظيفي نفسي مستقبـــلاً لدى الأطفال المحرومين من أحــد الوالــدين أو كلاهما .

23) دراسة (علي، 1980)

حرمان الطفل من الأم وعلاقته بالتكيف الشخصي والاجتماعي

وكان هدفها الكشف عن أثر الحرمان من الأم على مستوى التوافق النفسي والاجتماعي للأطفال، فتكونت عينتها من (80) طفلاً وطفلة من الذين حرموا من الأم بسبب انفصال الوالدين أو الوفاة والذين يعيشون مع الوالدين، وطبقت عليهم استمارة قياس درجة الحرمان من الأم وقياس ملاحظة سلوك الأطفال لتقدير توافقهم الشخصي والاجتماعي واستمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي (وهم إعداد الباحث) واختبار رسم الرجل (إعداد: هاريس) وأظهرت النتائج أن الأطفال المحرومين من الأم أقل توافقاً من الذين يعيشون معها، في حين كان الأطفال المحرومين من الأم بسبب الوفاة أفضل في التوافق النفسي والاجتماعي من الذين حرموا منها بسبب الانفصال .

24) دراسة (شند، 1983)

مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال اللقطاء

وتهدف لمعرفة مدى نمو مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال اللقطاء الذين يعيشون في مؤسسة للرعاية الاجتماعية و قرية الأطفال ومقارنتهم بالأطفال الذين يعيشون بين أسرهم الطبيعية، وضمت العينة (101) لقيط ولقيطة من مؤسسات الرعاية وقرية الأطفال و(101) طفل وطفلة من أبناء الأسر الطبيعية تراوحت أعمارهم بين 9ــ 12 سنة، وكان بين أدواتها مقياس التوافق النفسي (إعداد الباحثة) ومقياس مفهوم الذات " لهاربس " (من تعديلها) ودليل تقدير الوضع الاجتماعي والاقتصادي (إعداد : عبد الغفار وقشقوش)، وأظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة في مفهوم الذات والتوافق الشخصي والاجتماعي بين الأطفال اللقطاء من في المؤسسات وقرية الأطفال وبين أطفال الأسر العادية لصالح أطفال الأسر العادية .

25) دراسة (Nunn & athers, 1983)

التوافق الشخصي والأسري لدى أطفال الأسر وحيدة العائل (الأب أو الأم) والأسر المكتملة

وتهدف للتعرف على الاختلاف في مستوى التوافق الشخصي والاجتماعي بين كل من أبناء الأسر المتكاملة والأسر وحيدة العائل، وطبقت فيها استمارة التوافق الشخصي والاجتماعي على عينة قوامها (596) طفلاً وطفلة من أبناء الأسر التي حرمت أحد عائليها والأسر المتكاملة، لتظهر النتائج أن أبناء الأسر وحيدة العائل أقل تكيفاً من أبناء الأسر المتكاملة، كما اتضح أن تأثر الإناث بغياب أحد الوالدين أكثر منه لدى الذكور .

26) دراسة (صبحي ،1983)

ابتكارية الكفيف دراسة نفسية للكفيف والكفيفة المبتكرة

وتهدف لدراسة قدرات الكفيف الابتكارية من طلاقة وأصالة ومرونة من خلال مجموعة المناشط التي تقدم له في أوقات الفراغ، وتكونت العينة من (60) كفيف وكفيفة من تلاميذ مدرسة طه حسين الإعدادية للمكفوفين ومدرسة الإعدادية المهنية للنور بالزيتون ومدرسة النور والأمل ممن تتراوح أعمارهم بين (15 ــ 17) سنة في الصف الثالث الإعدادي، وكان كل من اختبار الطلاقة الفكرية (إعداد : عبد الغفار) و مقياس السلوك الاجتماعي وديناميات الشخصية من بين أدواتها، واتبعت المنهج التجريبي الذي أظهرت نتائجه وجود فروق دالة إحصائياً في الطلاقة الفكرية والأصالة والمرونة لصالح المجموعة التجريبية سواء للذكور أو الإناث .

27) دراسة (صبحي، 1984)

التفاؤل والتشاؤم دراسة نفسية بين الكفيف والمبصر

وتهدف الدراسة للتعرف على رأي الكفيف والمبصر وضعيف البصر في التفاؤل والتشاؤم ووجهة نظر أفراد العينة في الشخصية المسعدة والشخصية المنحوسة وعلاقة السعد بالشخصية البحبوحة والنحس بالشخصية النكدية، وقد تكونت عينتها من (300) طالب وطالبة من مدارس المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين، النور والأمل، المحافظة على البصر، القبة الثانوية للبنات والخديوية الثانوية للبنين، وزعت عليهم استمارة استطلاع الرأي واستخدم أسلوب تحليل المضمون في تحليل آرائهم، فلوحظ عند استعراض نتائجها مدى معقولية الكفيف والكفيفة فيما يتعلق بالتفاؤل والتشاؤم في وقت لم يلجأ فيه ضعاف البصر إلى التفسير العقلاني كما أنهم يتزعزعون ببعض التعاويذ والمفاهيم إذا كانت لديهم حاجة أو رغبة يراد تحقيقها والاعتماد على هواجس ومشاعر لا ترتقي إلى مستوى التقدير المنطقي العقلاني .

28) دراسة (شاهين، 1985)

دراسة إكلينيكية لأثر وفاة الأم على التوافق النفسي للأبناء من الجنسين

وتهدف لمعرفة أثر وفاة الأم على التوافق النفسي للأبناء، وضمت العينة (48) طفلاً وطفلة ممن حرموا أمهاتهم وممن يعيشون في أسر متكاملة، وكان من بين أدواتها استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة واختبار الشخصية للأطفال واستمارة الحالة (إعداد الباحثة)

والاختبار الإسقاطي T.A.T والمقابلة الطليقة وأظهرت النتائج أن الأطفال فاقــدي الأم أقــل توافقاً من أطفال العائلات المكتملة لدى الجنسين .

29) دراسة (صبحي، 1985)

السلوك التفاعلي للكفيف وعلاقته بالقدرة على الإنتاج

وتهدف لدراسة السلوك التفاعلي لدى المكفوفين وعلاقته بالقدرة على الإنتاج، وتكونت العينــة من (80) كفيف وكفيفة من الذين يتدربون بالمركز النموذجي لرعايــة وتوجيــه المكفــوفين وجمعية النور والأمل بمصر الجديدة، وشملت أدواتها مقياس وكسلر بلفيو المعدل لقياس ذكــاء المكفوفين واستمــارة وصف العمل بالملاحظة ومقياس السلوك التفاعلي، واســتناداً للمــنهج الوصفي التحليلي المتبع فيها أسفرت النتائج عن وجود علاقة بين السلوك التفاعلي عند الكفيف والكفيفة وقدرتهم على الإنتاج في مجال العمل ووجود فروق دالة إحصائياً في كل منهما تميز بين الكفيف والكفيفة لصالح الكفيف .

30) دراسة (صبحي، 1986)

الكفيف والتطلع المهني

وتهدف لدراســة وجهة نظر المكفوفين حول مستقبلهم المهنــي وما يصاحبه من تطلعات إلى شغل وظائف معينــة، وبلغت عينتها (145) كفيــف وكفيفة من طلاب وطالبــات المرحلــة الثانويــة بمدارس طه حسين والنــور والأمل بمصر الجديدة والنــور بمحرم بــك وزيزنيــا بالإسكندرية والنور الثانوية بالجيزة وطلبة جامعات القاهرة وأسيوط والأزهر، وضمت أدواتها مقياس وكسلر بلفيو المعدل والمستخدم (إعداد : المفتي) ومقياس التقدير لوجهة نظر الكفيــف نحو مستقبله المهني، واعتمد فيها الأســلوب الوصفي الارتباطي وتحليل المضمون، فأثبتــت النتائج أنه لا توجد فروق دالة بين الجنسين في درجاتهم على المقياس مع وجود علاقــة بــين وجهة نظر الكفيف والكفيفة في المرحلة الثانوية والجامعية حول نوعية الدراسة .

31) دراسة (الببلاوي، 1988)

دراسة لاستكشاف المشكلات السلوكيــة لدى الأطفال عن طريق الدراسة التحليلية لمشكلات السلوك

وهدفت لمعرفة مشكلات سلوك الأطفال الشائعة ومدى الاختلاف بينها تبعاً للمرحلة العمرية أو الجنسين أو نوع الإقامة، وضمت عينتها (510) طفلاً من (6- 14) سنة واعتمدت علــى بناء قائمة لمشكلات السلوك عند الأطفال واستفتاء مفتوح ومقابلة مع بعض مدرســي مرحلــة

التعليــم الأساسي، لتظهر النتائج أن أبرز المشكلات السلوكيــة لدى الأطفال ـــ والتي جاءت تبعاً لمتغيــرات العمر والجنس والبيئــة وللعينة الكلية ـــ وفقــاً للترتيب مشكلات الــسلــوك الاجتماعي، مشكلات نقص الدافعية، المظاهر والأعراض السيكوسوماتية اللازمات العــصبية، مشكلات النشاط الزائد، مشكلات السلوك العدواني، مــشكلات الــسلوك الخلقــي، مــشكلات الانضباط السلوكي .

32) دراسة (الديب، 1992)

مفهوم الذات لدى الكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات الديمجرافيه .

وهدفت لإلقاء الضوء على بعض الظواهر المرتبطة بمفهوم الذات لدى الكفيف، وحوت عينتها (60) كفيف وكفيفة من المتعلمين وغير المتعلمين الذين فقدوا بصرهم منذ الــولادة أو فـــي الخمس سنوات الأولى من العمـــر، وشملت أدواتها مقــياس مفهوم الذات لدى الكفيف (إعداد الباحثـــة) ومقياس القلق للمكفوفين (إعداد : الأشول)، فــأظهرت النتــائج وجــود فــروق جوهرية لدى الجنسيـــن في كل من أبعاد الذات الجسمية والشخصية والاجتماعيـــة والواقعيـــة والرضى عن الذات والذات السلوكية والدرجة الكلية لمفهومها ووجد فرق جوهري بينهما فـــي متغير القلق، وعـــدم وجود فروق دالة في أبعاد الذات الأسرية ويوجد تفـــاعل بـــين الجـــنس ومستوى التعليم في تباين درجات أبعاد الذات السلوكية والدرجة الكلية بينما لـــم تتـــضح هـــذه الدلالة في بقية أبعاد مقياس مفهومي الذات والقلق، كما تبين أن مستوى المجموعـــة المتعلمـــة من المكفوفين أعلى من متوسط درجات المجموعة غير المتعلمة في جميع أبعاد مقياس مفهـــوم الذات، وأقل منها في متوسط درجات مقياس القلق، وتوجد فروق دالة بين المتعلمـــين وغيـــر المتعلمين على جميع أبعاد مفهوم الذات واتضح أن المتعلمين من المكفوفيـــن أكثر إيجابية فـــي مفهومهم لذواتهم الجسمية والشخصية والأسرية والاجتماعية فقد تميـــــزت هـــذه المجموعـــة بسلوك إيجابي نحو ذواتهم وبدرجة أعلى من الرضى عنها وكانت أكثر رغبة فـــي الحـــصول على واقع أفضل لها مقارنة بغير المتعلمين من المكفوفين .

33) دراسة (يحيى، 1992)

اتجاهات معلمي ومعلمات المدارس الحكومية العامة في المرحلة الأساسية ومعلمات المراكز الخاصة بالمعوقين في مدينة عمان نحو المكفوفين

وتهدف الدراسة للتعرف على اتجاهات المعلمين والمعلمات في المـــدارس الحكومية العامة في المرحلة الأساسية والمعلمات في المراكز الخاصة بالمعوقين في مدينة عمان نحـــو المكفـــوفين

والفروق في تلك الاتجاهات تبعاً لمتغيري الجنس وعدد سنوات الخبرة في التدريس، وتكونت العينة من (100) معلمة من مراكز التربية الخاصة ومائتي معلم ومعلمة من المدارس الحكومية العامة في مدينة عمان وأعدت الباحثة استبانه لقياس اتجاهاتهم، فتوصلت إلى أن اتجاهات أفراد العينة نحو المكفوفين بوجه عام إيجابية، ووجدت فروقاً دالة بين المعلمين والمعلمات في المدارس الحكومية العامة في مدينة عمان لصالح المعلمات، ولا توجد فروق بين معلمات التربية الخاصة بالمعوقين والمعلمات في المدارس الحكومية العامة في الاتجاهات نحو المكفوفين .

34) دراسة (الخريبي، 1993)

التوافق النفسي والاجتماعي للطالبات المتفوقات دراسياً في المرحلة الثانوية

وهدفت لإلقاء الضوء على مدى ما تتمتع به الطالبات المتفوقات دراسياً في المرحلة الثانوية من توافق نفسي واجتماعي ودراسي، وكانت عينتها عبارة عن (269) طالبة من طالبات القسم العلمي تتراوح أعمارهم بين (15- 16) سنة، وأظهرت النتائج أن هناك فروق في درجة التوافق النفسي والاجتماعي لدى الطالبات المتفوقات دراسياً لصالح طالبات الصفوف العليا (الثاني، والثالث) ولصالح طالبات القسم الأدبي، ووجدت فروقاً دالة في درجة التوافق النفسي لدى الطالبات المتفوقات دراسياً لصالح طالبات الصف الثالث، كما أن متغيري الترتيب الميلادي والعمر الزمني لهما تأثير على التوافق النفسي لديهن لصالح الأكبر عمراً .

35) دراسة (دانيال، 1993)

أنماط الرعاية الأسرية لأطفال المرحلة الابتدائية بعد الطلاق وعلاقتها بتوافقهم النفسي والاجتماعي وتصور لدور الخدمة الاجتماعية في هذا المجال

وهدفت للتعرف على أنماط الرعاية الأسرية لأطفال المرحلة الابتدائية وعلاقتها بتوافقهم النفسي والاجتماعي وتصور لدور الخدمة الاجتماعية في هذا المجال وتكونت عينتها من (500) طفل وطفلة ممن ينتمون لأنماط الرعاية الأسرية المختلفة بعد الطلاق وممن تحت رعاية والديهما بشكل طبيعي، واستخدم فيها مقياس الشخصية (إعداد : هنا) واستمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي (إعداد : عبد العزيز) واستمارة التعرف على أنماط الرعاية الأسرية التي يعيش فيها الأطفال (إعداد : الباحثة)، وأوضحت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين الأطفال الذين ينتمون لأسر طبيعية في التوافق الشخصي والاجتماعي والتوافق العام لصالح الأطفال الذين يرعاهم كلا الوالدين، بينما لا توجد فروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة .

36) دراسة (موسى و الصباطي ، 1993)

دراسة مقارنة بين طفل القرية وطفل المدينة في المشكلات السلوكية والتوافقية

وتهدف لدراسة التفــاعل لأثر الجنس والعمر والخلفية الثقافية على بعض المشكلات الــسلوكية والتوافقية، وطبق مقياس السلوكيات اللاتوافقية على عينة من (320) طفلاً وطفلة من الريف والحضر، وانتهت الدراسة إلى أن الأطفال الإناث أكثر استظهاراً للسلوكيات العدوانية الــسلبية والانسحابية، وتبين أن الأطفال الأكبر عمراً أكثر عدوانية وأن أطفال الريف أكثر معاناة مــن المشكلات السلوكية التوافقية .

37) دراسة (أبو ناهية، 1993)

بناء قائمة المشكلات السلوكية لدى الأطفال في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة

وتهدف لدراسة مجال المشكلات السلوكيــة عند الأطفال ببناء أداة علمية لجمع البيانات عنهــا لديهم في المرحلة الابتدائية والإعداديــة إضافة لمتغيرات أخرى، وقياس الــصدق التميــزي لقائمة المشكلات السلوكية لأطفال المدرسة واعتمد في بناء القائمة على اســتبيان المــشكلات النفسية للأطفال في دور الحضانة (إعداد : الفطاطري) وقائمة مــشكلات مرحلــة الطفولــة المبكرة " ما قبل المدرسة " (إعداد : رضوان) ومقياس السلوك التكيفي (إعداد : صادق)، ولقد تكونت عينة بناء القائمة من (98) طفلاً من الصف الخامس، أما عينة الصدق التميــزي لها فتكونت من (60) طفلاً من أطفال الصف السابع ، واستند للمــنهج الوصــفي التحليلــي ليثبت صدق العبارات وثبات قائمة المشكلات السلوكية فوجد أن درجات الأطفال العاديين على المقاييس الفرعية للقائمة أقل من درجات الأطفال المشكلين ــ غير العاديين ــ.

38) دراسة (قاسم، 1994)

مفهوم الذات والاضطرابات السلوكيــة للأطفال المحرومين من الوالدين "دراسة مقارنة "

وتهدف الدراسة لمعرفة مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المحــرومين مــن الوالدين مقارنة بالأطفال غير المحرومين، وتكونت العينة من (120) طفلاً وطفلة من أطفال الأسر البديلة والعادية والمؤسسات، طبق عليهم مقياس مفهوم الذات للأطفال وقائمــة ســلوك الطفل فيما قبل المدرسة واختبار رسم الرجل واستمارة بيانات الطفــل فــي الأســرة البديلــة والطبيعية والمؤسسة ، فأظهرت النتائج أن هناك فروقاً دالة بين أطفال الأسر البديلة وأطفــال المؤسسات في مفهوم الذات واضطرابات السلوك لصالح أطفال الأسر البديلة، كمــا أن هنــاك فروقاً دالة بين أطفال الأسر البديلة وأطفال الأسر الطبيعية فيهما لصالح الأسر الطبيعية .

39) دراسة (الحديدي، 1994)

دمج الأطفال المكفوفين في المدارس العادية، وجهة نظر المعلمين

وتهدف الدراسة لتحديد مدى تقبل المعلمين لفلسفة دمج الأطفال المكفوفين في المدارس العادية ومعرفة ما إذا كانت درجة التقبل لها تختلف باختلاف المؤهل العلمي، الخبرة التدريسية والجنس والعلاقة بالمكفوفين والبيئة التعليمية وقامت الباحثة بتطوير أداة لقياس مدى تقبل المعلمين لفلسفة الدمج ووزعت هذه الأداة على (308) معلم و معلمة ممن يعملون في مدارس عادية ومدارس التربية الخاصة للأطفال المكفوفين وقد كشفت النتائج عن أن المعلمين الذين تربطهم علاقة بالمكفوفين أكثر تقبلاً للدمج من المعلمين الذين لا علاقة لهم بمكفوفين بيد أنه لا توجد فروق في تقبل المعلمين لفلسفة الدمج تعزى لمتغير الجنس أو الخبرة التدريسية أو المؤهل العلمي .

40) دراسة (Miller, 1994)

التنبؤ بتوافق المراهقين من خلال مقياس التوافق لدى الأمهات وأسلوب التنشئة الوالدية للأبناء

وتهدف للتعرف على العلاقة بين توافق الأم ومستوى الاكتئاب لديها وأساليب تنشئتها لأبنائها ومستوى توافقها الاجتماعي والشخصي من جهة ومدى توافق الأبناء ومستوى تقدير الذات لديهم واتجاهاتهم نحو الوالدين ووجهة الضبط ومستوى الطموح من جهة أخرى، وتكونت العينة من (150) طفلاً تراوحت أعمارهم بين (12-18) سنة مع أمهاتهم، وضمت أدواتها مقاييس للتوافق والاكتئاب لدى الأمهات والأبناء وتقدير الذات ومستوى الطموح، فأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين شعور الأم بالاكتئاب واستخدامها لأساليب التنشئة غير المناسبة من جهة وسوء التوافق وانخفاض مستوى الطموح لدى الأبناء من جهة أخرى وارتبطت هذه العوامل بظهور وجهة الضبط الخارجية لدى المراهقين فوجدت فروق بين أفراد عينة الدراسة في مستوى الطموح والتوافق وتقدير الذات بين أبناء الأمهات اللاتي يتعاملن مع أبنائهن بطرق سوية واللاتي لا يتعاملن مع أبنائهن بطريقة سوية لصالح الأولى .

41) دراسة (دخان ، 1997)

التوافق النفسي المدرسي لدى الطلبة الفلسطينيين العائدين من الخارج في المرحلة الإعدادية وعلاقته بالتحصيل الدراسي

وهدفت لدراسة التوافق النفسي المدرسي لدى عينة من طلبة مدارس وكالة الغـوث الإعداديـة بقطاع غزة وأثر ذلك على التحصيل الدراسي وبعض المتغيرات وتكونت عينتها من (643) طالباً وطالبـة من العائدين إلى قطاع غزة، وشملـت أدواتها مقياس التوافق النفسي المدرسي (إعداد الباحث) ودرجات تحصيل الطلبة (من سجلات المعلمين)، وأوضـحت النتـائج أن نسبة التوافق الكلي كانت مرضيـة، هذا ولا توجد فروق دالة في مـستوى التوافـق النفـسي المدرسي تبعاً لبلد الغربة وعدد سنوات الإقامة داخل الوطن ووجدت فروق دالة في مـستوى التوافق النفسي المدرسي تبعاً للجنس على مجال الخلو من الأمراض العصابية لصالح الذكور.

42) دراسة (عفانة وكباجة، 1997)

اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبناؤهم الصم بمدينة غزة

وتسعى للتعرف على نوعية اتجاهـات أولياء الأمور نحو سلوك أبناؤهم الصم بمدينة غـزة، وبلغت عينتها (141) أباً وأماً ممن لديهم أطفال صم في مراكز تأهيل الصم المنتشرة بمدينة غزة، طبق عليهم مقياس اتجاهات أولياء الأمور فكشفت النتائج عن وجود علاقة سـالبة بـين اتجاهات أولياء الأمور السلبية نحو سلوك أبنائهم الصم وتحصيلهم الدراسي، ولا توجد فـروق بين الآباء والأمهات فيها بشكل عام أو تبعاً لكل من حجم الأسرة وحالتها المادية.

43) دراسة (النجار ، 1997)

تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى معاقي الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة

وتهدف للتعـرف على أثر الإعاقة بالشلل السفلي على تقديـر الذات والتوافق لدى معـاقي الانتفاضة والمقارنة بينهم وبين المعاقيـن الآخرين، وتكونت العينة من (350) معاق ممـن أعيق بسبب الانتفاضـة، وطبق عليهم مقياس تقدير الذات (إعداد : صالح) واختبار التوافق النفسي والاجتماعي (إعداد : صالح) واتبعـت المنهج الوصفي التحليلي، لتظهر نتائجها عدم وجود فروق في تقدير الذات وجميع أبعاد التوافق تبعاً للمستوى التعليمي عدا التوافق النفسي . وعدم وجود فروق في تقدير الذات وجميع أبعاد التوافق النفسي تعزى للمستوى العمري .

44) دراسة (الطهراوي، 1997)

الشقاق الأسري وعلاقته بالاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال .

وهدفت للوقوف على العلاقة بين إدراك الأبناء للشقاق الأسري والمشكلات السلوكية والانفعالية لديهم وفحص المعاناة الاقتصادية كمتغير نفسي وسيط بين إدراكهم له وبين أعراض المشكلات السلوكية والانفعالية، وضمت عينتها (350) تلميذ وتلميذة من المدارس الإعدادية العامة بمحافظة الشرقية تراوحت أعمارهم بين (11 ــ 13) سنة، وشملت أدواتها استمارة جمع البيانات ومقياس إدراك الأبناء للشقاق الأسري (وهما إعداد الباحثة) واستبيان المعاناة الاقتصادية (إعداد : سالمة) ومقياس السلوك العدواني (إعداد : منير) ومقياس القلق للأطفال (إعداد : الببلاوي) ومقياس الاكتئاب " د " للصغار (إعداد : عبد الفتاح) لتوضح النتائج عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في إدراك الشقاق الأسري والمعاناة الاقتصادية، ووجدت فروق واضحة بين الجنسين في المشكلات السلوكية والانفعالية فكانت لجانب الإناث في القلق والاكتئاب ولجانب الذكور في العدوان واتضح أن المعاناة الاقتصادية تزيد من حدوث الشقاق بين الزوجين مما يؤثر على أطفالهم فيجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات السلوكية والانفعالية.

45) دراسة (عويدات وحمدي،1997)

المشكلات السلوكية لدى طلاب الصفوف الثامن والتاسع والعاشر الذكور في الأردن والعوامل المرتبطة بها

وهدفت للتعرف على المشكلات السلوكية لدى الطلبة الذكور في الصفوف (الثامن والتاسع والعاشر) في مدارس الأردن، وتألفت العينة من (1907) طلاب من المدارس التي تكثر فيها المشكلات السلوكية، وشملت أدوات الدراسة إستبانات تقيس الانحرافات والمخالفات السلوكية وعدم الانتظام في الدوام والإجراءات التأديبية المتخذة بحق الطالب، وأظهرت النتائج أن أكثر المشكلات السلوكية تكراراً هي الشجار وضرب الطلاب الآخرين والغش والتأخر عن الدوام الصباحي وأن أكثر الإجراءات التأديبية استخداماً هي الضرب من قبل المدرسين، ووجدت علاقة موجبة بين المشكلات السلوكية وعدد ساعات مشاهدة التلفزيون والانحرافات السلوكية للأصدقاء وعلاقة سالبة بين المشكلات واهتمام الأبوين بتحصيل الطالب وتعاملهما معه بتقبل وديمقراطية.

46) دراسة (طنجور،1998)

الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية لدى أولاد المطلقين، دراسة ميدانية مقارنة في المدارس الابتدائية في مدينة دمشق

وتهدف لمعالجة الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية الأكثر انتشاراً لدى أطفال المطلقين والكشف عن مدى ارتباطها بظاهرة الطلاق وبمتغيرات شخصية واجتماعية أخرى، وبلغت عينتها (304) تلميذ وتلميذة من أبناء المطلقين وغير المطلقين، وضمت أدواتها استبانة أعدت بالاستناد إلى بطاقة سلوك الأطفال وفق النموذج الألماني المعدل من قبل (آخنباخ وايدلبروك)، وبعد تحليل استجابات التلاميذ على الأداة إحصائياً وجد أن أولاد المطلقين يعانون من أشكال مختلفة من الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية والتي لم تظهر عند أفراد العينة من أطفال غير المطلقين بالاضافة إلى وجود علاقة بين نسبة انتشار هذه الاضطرابات والمشكلات مع بعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية لديهم .

47) دراسة (فرج،1998)

أثر الإرشاد النفسي الديني في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين

وتهدف إلى معرفة أثر استخدام الإرشاد النفسي الديني الجماعي في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين والفرق بين الجنسين بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، باستخدام المنهج التجريبي، وبلغت عينتها (56) طالب وطالبة، وكان من أهم أدواتها مقياس الاضطرابات السلوكية ومقياس السلوك التوافقي وبرنامج الإرشاد النفسي الديني (جميعهم إعداد الباحث)، وقد توصلت إلى مجموعة من النتائج كان أهمها التأكيد على فاعلية برنامج الإرشاد النفسي الديني في خفض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين، وعدم وجود فروق في مدى الاستفادة منه بين الجنسين .

48) دراسة (العبسي،1998)

دراسة لبعض المشكلات النفسية لتلاميذ مرحلة التعليم الأساسي بمدينة غزة وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموجرافية

وتهدف الدراسة للتعرف على أهم مجالات المشكلات النفسية وطبيعتها لدى تلاميذ مرحلة التعليم الأساسي العليا، والعلاقة بين هذه المشكلات وبعض المتغيرات الديموجرافية، وتكونت عينتها من (800) تلميذ وتلميذة، وزعت عليهم استبانه المشكلات السلوكية، وأظهرت النتائج أن المشكلات الشخصية النفسية كانت واحدة من أهم مجالات المشكلات النفسية التي

تواجه تلاميذ المرحلة الأساسيـــة العليا ولا توجد فروق بين المشكلات النفسية تعزى للـــسكن والمؤهل العلمي والترتيب الميلادي وعدد غرف السكن ومهنة الوالد وعدد أفراد الأسرة .

49) دراسة (محمود، 1998)

الشعور بالوحدة النفسية، الوعي بالذات، أبعاد وجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً .

وهدفت الدراســـة للتعرف على طبيعة العلاقة بين الشعــور بالوحدة النفسية والوعي بالـــذات وأبعاد وجهة الضبط لدى المعاقين بصرياً والفرق بين الأطفال المعاقيـــن بصرياً والمبـــصرين من الجنسين في كل من الشعور بالوحدة النفسية والوعي بالذات وأبعاد الضبـــط (الشخصي، الأيدلوجي، تعديل النظام) وعلاقتهم ببعض المتغيـــرات الديمغرافية، وشملت العينـــة (100) طفل وطفلة من المبصرين (من أطفال المدرستين الابتدائية والمتوسطة بمحافظتي العاصـــمة وحولي) والمعاقين بصرياً (من مركز النور والأمل للبنين والبنات) مـــن الـــصفين الثـــاني والثـــالث الابتدائي والأول والثـــاني المتوسط تراوحت أعمـــارهم ما بين (9 ـــ 12) سنة، وضمت أدواتها مقاييس وجهة الضبـــط والوعي بالذات والوحدة النفسية (إعـــداد الباحـــث)، وأظهرت نتائجها وجود فروق جوهريـــة في أبعاد وجهة الضبط والشعـــور بالوحدة النفسيـــة والوعي بالذات بين المبصرين والمعاقيـــن بصرياً، ووجدت فروق دالة إحصائياً بين الـــذكور والإناث على بعض أبعاد الدراسة لصالح الإناث مثل الضبـــط الشخصي والعزلة الاجتماعيـــة والوحدة النفسية ولصالح الذكور في بعد تعديل النظام، وتميز الذكور في الشعور بعدم التقبـــل الاجتماعي كأحد أبعاد الشعور بالوحدة النفسية دون الإناث، هذا ولا يوجد فرق جوهري بـــين الأطفال من (9 - 10) و(11- 12) سنة على أبعـــاد الدراسة وتعديل النظـــام والـــضبط الأيدلوجي ووجهة الضبط والحاجة للحب وفقدان القبول الاجتمـــــاعي والعزلـــة الاجتماعيـــة والشعور بالوحدة النفسية بينما وجد الفرق لصالح الأطفال من (11- 12) سنة في الـــوعي بالذات .

50) دراسة (الصباطي، 1998)

الفروق في درجات الأعراض العصابية بين الصم والمكفوفين والعاديين

وتهدف للكشـــف عن الفروق في درجات الأعراض العصابية (القلق والخـــوف والوســـواس القهري والأعراض السيكوسوماتية والاكتئاب والهستيريا) بين الصم والمكفوفيـــن، والعاديين فتكونت عينتها من (180) طالب وطالبة من الصم والمكفوفين والعاديين في معاهـــد للـــصم والمكفوفين ومدارس عادية للبنين والبنات طبقت عليهم استبانة مستـــشفى " ميـــدل ســـكس "، وأظهرت النتائج وجود فروق واضحة بـــين الجنـــسين فـــي القلـــق والخـــوف والأعـــراض

السيكوسوماتية لصالح الذكور وفي الوسـواس القهري لصالح الإناث، ولا توجد فروق بينهما في كل من الاكتئاب والهستيريا، في حين لا توجد فروق في كافة تلك الأعراض العصابية بين الصم والمكفوفين والعاديين باستثناء الخوف فقد وجد أن الصم أكثر شعوراً بالخوف من المكفوفين والعاديين .

51) دراسة (الغامدي و آخرون،1999)

المشكلات السلوكية في المرحلتين المتوسطة والثانوية بمحافظة جدة التعليمية

وتهدف الدراسة للتعرف على حجم انتشار ظاهرة السلوك العدواني اتجاه الزملاء والمعلمين وممتلكات المدرسة وظاهرة حمل السلاح والآلات الحادة والأسلحة النارية واستخدام المواد الضارة بين الطلاب، وضمت عينتها (51541) طالباً من المرحلتين المتوسطة والثانوية بمحافظة جدة طبقت عليهم استمارة من إعداد الباحثين، فاتضح أن بُعد العدوان على الزملاء كان أكثر تكرارية يليه العدوان على ممتلكات المدرسة ثم المعلمين، وأن حجم انتشار ظاهرة حمل السلاح بين الطلاب ضعيفة جداً .

52) دراسة (اصليح، 2000)

التوافق النفسي لدى المحرومين من الأب، دراسة ميدانية لأبناء الشهداء في محافظات غزة

وتهدف لتسليط الضوء على موضوع الحرمان الأبوي وأثره على التوافق النفسي لأبناء الشهداء في مجتمعنا الفلسطيني، ومعرفة أثر مستوى تعليم الأم والمدة الزمنية لوفاة الأب ومستوى الدخل والسن وعدد أفراد الأسرة على درجة التوافق النفسي لديهم، وبلغت عينتها (104) طفل وطفلة من أبناء الشهداء استخدم الباحث اختبار التوافق النفسي (إعداد : الديب)، واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي، وأسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية دالة في كل من أبعاد التوافق النفسي والاجتماعي بين أبناء الشهداء والعاديين لصالح ابناء العاديين وفي بعد التوافق الاجتماعي لصالح أبناء المخيم والإناث وأيضاً في بعد التوافق النفسي لصالح الأمهات ذات التعليم الثانوي فأعلى.

53) دراسة (الزهراني و آخرون،2001)

المشكلات السلوكية الشائعة لتلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة جدة التعليمية من وجهة نظر مديري المدارس والمرشدين الطلابيين والمعلمين " دراسة تحليلية مقارنة "

وتسعى الدراسة للتعرف على نوعية المشكلات الشائعة لدى أطفال المرحلة الابتدائية من وجهة نظر مديري المدارس والمعلمين والمرشدين، وبناء أداة علمية للمشكلات السلوكية

لأطفال المرحلة الابتدائية، وتكونت العينة من (135) مدير ومعلم صف ومرشد طلابي، تم تسجيل استجاباتهم على استبانة من إعداد فريق البحث . وأظهرت النتائج أن مشكلة النشاط الحركي الزائد كانت أكثر المشكلات تكراراً، وأن عدم استقرار الطفل في مكانه لفترة طويلة ذات نسبة عالية من وجهة نظر المرشدين .

54) دراسة (القحطاني و آخرون،2001)

قائمة المشكلات السلوكية لطلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية

تهدف الدراسة إلى بناء قائمة المشكلات السلوكية لطلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية، وضمت عينتها (62039) طالباً في مئتي مدرسة متوسطة وثانوية بمحافظة جدة والمراكز التابعة لها، طبقت عليهم قائمة مشكلات الطلاب (إعداد : الإدارة العامة للتوجيه والإرشاد بوزارة المعارف)، لتظهر النتائج أن أبرز المشكلات لدى طلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية اتسمت بكونها مشكلات صحية (ضعف النظر والربو وفقر الدم) ومدرسية (الخوف من خطأ الإجابة وكثرة الواجبات وعدم قدرة المعلم على إيصال المادة العلمية) ونفسية (الأرق والنسيان والسرحان) .

55) دراسة (علي و توفيلس، 2001)

أثر عملية الدمج في تحسين عملية التوافق الاجتماعي الانفعالي لدى عينة من الضعاف سمعيا

وتهدف لبيان أثر عملية الدمج في تحسين بعض مظاهر التوافق الاجتماعي الانفعالي للطلاب ضعاف السمع، وتم قياس التوافق الاجتماعي الانفعالي للعينة باستخدام اختبار "ميدو – كندال " المترجم للعربية، فوجد أن الطفل المعاق سمعياً حينما يحظى برعاية والدية واجتماعية سليمة ومن خلال فريق عمل متكامل يستطيع أن يطبق إستراتيجية الدمج بمهارة تعود بالأثر الكبير في نمو شخصيته واكتسابه للمهارات الاجتماعية .

56) دراسة (عبود وعبود، 2001)

دراسة لمفهوم الذات لدى الأطفال الصم وعلاقته بأسلوب رعايتهم

وتهدف للوقوف على أثر نوع الإقامة والإعاقة على مفهوم الذات للأطفال المعاقين سمعياً ومقارنتهم بالعاديين، وتكونت عينتها من (250) طفلاً بالمرحلة الابتدائية من مدارس (عثمان بن عفان الابتدائية بمنطقة البساتين ودار السلام التعليمية بمحافظة القاهرة، الأمل للمعاقين سمعياً وضعاف السمع بحلوان والمطرية) ممن تتراوح أعمارهم بين (9 – 11)

سنة، واستخدم فيها مقياس تقدير المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية (إعداد : الشخص) واختبار المصفوفـات المتتابعة لـ" رافين " (ترجمة : عبد العال) ومقياس مفهوم الذات (إعداد الباحثان)، وأظهرت النتائج أنه لا توجد فروق بين المعاقين سـمعياً والعـاديين بالنسبة لمفهوم الذات الجسمية والأكاديمية، وأن الأطفال المعاقين سمعياً أقـل مـن الأطفـال العاديين في درجة مفهوم الذات الكلية والانفعالية والاجتماعية، في حين لا توجد فـروق بـين الأطفال الصم لآباء صم والأطفال العاديين على درجات مقياس مفهوم الذات ومقاييسه الأربعة الفرعية .

57) دراسة (الأقرع، 2002)

فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مفهوم الذات للطلاب الصم بالمرحلة الإعدادية

وتهدف الدراسة لإعداد برنامج إرشادي وتجريبه على عينة مـن الطـلاب الـصم بالمرحلـة الإعدادية والتحقق من جدواه في تحسين مفهوم الذات لديهم، وضمت عينتهـا (24) طالـب وطالبة تتراوح أعمارهم ما بين (14- 16) عام، وكان من بـين أدواتهـا اختبـار الـذكاء المصور (إعداد : صالح) ومقياس مفهوم الذات للصم (إعداد الباحـث)، وأثبتـت النتـائج فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم في تحسين مفهوم الذات لدى الأطفال الصم مـع وجـود فروق بين الجنسين في مدى الاستفادة منه .

58) دراسة (أبو زايد، 2002)

التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لأبناء شهداء وأسرى الانتفاضة

وتهدف الدراسة لإلقاء الضوء على التوافق وعلاقته بمفهوم الذات لدى عينة من الأطفال الذين فقدوا عائلهم بسبب الاستشهاد أو الأسر في الانتفاضة والتعرف على الفروق بين مجموعة من أطفال الشهداء والأسرى في التوافق النفسي ومفهوم الذات وبين مرتفعي ومنخفـضي مفهـوم الذات لدى كل من أبناء الشهداء والأسرى وكذا الفروق في التوافق النفسي ومفهـوم الـذات، واعتمدت المنهج الوصفي التحليلي وضمت عينتها (300) طفل من أطفال الشهداء والأسرى وحاضري الأب تتراوح أعمارهم مابين (11- 12) سنة، طبـق علـيهم مقيـاس التوافـق

النفســـي و دليل مستوى الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة الفلسطينية (وهمـــا إعــداد الباحث) ومقيـــاس مفهوم الذات (إعداد : الأشول، وتعديل الباحث) واختبار الذكاء المصور (إعداد : صالح)، وأظهرت النتائج أن هناك فروق دالة بين أبناء الشهداء وأبناء الأسرى في التوافق النفسي (شخصي، اجتماعي) ومفهوم الذات لصالح أبناء الـــشهداء وعنـــد مقـــارنتهم بحاضري الأب كانت لصالح الأخيرة، كما وأن هناك فروق بين مرتفعي ومنخفضي التوافـــق النفسي بين أبناء الشهداء وأبناء الأسرى في مفهوم الذات لصالح مرتفعي التوافق، في حين لـــم تكن هناك فروق بين أبناء الشهداء والأسرى (الذكور، الإناث) في التوافق الشخصي بأبعاده عدا مجال الخلو من الأعراض العصابية لصالح الذكور من أبناء الشهداء، هذا وكانت هنـــاك فروق بين أبناء الشهداء والأسرى الذكور منهم في التوافق الشخصي بأبعـــاده لـــصالح أبنـــاء الشهداء عدا بعدي الشعور بالانتماء والحرية الذاتية .

59) دراسة (الدهان، 2003)

السلوك الإداري للمراهق الكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية

وتهدف للتعرف على علاقة السلوك الإداري للمراهق الكفيف بمستوى القلق لديه والفروق في السلـــوك الإداري والقلق وتأثير كل من نوع المدرسة والجنس والعمر عليهما، وقـــد أجريـــت الدراسة على (90) كفيفة وكفـــيف من مدارس النور والأمل للمكفوفين،فطبق عليهم مقيـــاس السلوك الإداري للمراهق الكفيف ومقياس القلق للكفيف، وقد أظهرت النتـــائج وجـــود علاقـــة عكسية بين القلق والقدرة على اتخاذ القرار كما وأن المراهقات الكفيفات أكثر إيجابيـــــة فـــي السلوك الإداري من المراهقين المكفوفين بالرغم من أن مستوى القلق لديهم أعلى منـــه لـــدى المراهقين الذكور، وأن القدرة على الاستفادة من الوقت والجهد تتزايد بتزايد عمر المراهق في مرحلة المراهقة .

60) دراسة (يوسف، 2003)

دراسة تحليلية مقار نة لمدى وتركيز الانتباه البصري وعلاقتهما بالذكاء والتفكير الابتكاري لدى عينة من الصم والعاديين

وتهدف للتعرف على الفروق بيـــن الصم والعاديين من طلاب مراحل التعليم العام فـــي مـــدى وتركيـــز الانتباه البصري والذكاء العـــام والتفكير الابتكاري بقدراتـــه (الطلاقـــة والمرونـــة والأصالة)، والعلاقة بين بعضهم البعض، وضمت عينتها (112) طالباً من الصم والعاديين في صفوف المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية بمدرستي قرطبة الابتدائية وصلاح الـــدين المتوسطة في منطقة الجوف التعليمية، وشملت أدواتها مقياس مدى وتركيز الانتبـــاه البصري

(إعداد الباحث) واختبـــار الذكــاء الغيــر لفظي (إعداد : هنا) واختبار التفكير الابتكاري المصور " الصورة ب " (إعداد : تورانس وترجمة أبو حطب وسليمان)، وأظهــرت نتــائج الدراسة عدم وجود فروق بين الصم والعاديين في مدى الانتباه البصري ووجدت فروق بيــنهم من حيث تركيز الانتباه البصري والذكاء العام والتفكير الابتكاري بقدراته المختلفــة لــصالح العاديين، ووجود علاقة دالة موجبة بين الذكاء العام وكل من مدى وتركيز الانتباه البــصري، وبين مدى وتركيز الانتباه البصري والتفكير الابتكاري بقدراته المختلفة .

61) دراسة (الحديدي، 2003)

قيم المكفوفين في مرحلة المراهقة وعلاقتها بالعمر والجنس

وتهدف الدراسة لمعرفة الهرم القيمي للمراهقين المكفوفيــن ومقارنته بالهرم القيمي للمراهقين المبصرين، ولتحقيق ذلك تم توزيع صور مختصرة من مقياس " روكاش " للقيم على عينة من (248) مراهقاً ومراهقة من المكفوفين والعاديين الذين تزيد أعمــارهم عــن (12) ســنة، وأظهرت النتائج أن قيم الحياة المثيرة والعالم الآمن واحترام الذات والشعور بالإنجــاز كانــت القيم الأكثر أهمية بالنسبة للطلبة المكفوفين، وقد وجدت فروق دالة بين تقييم هــؤلاء الطلبــة لقيمة الحياة المريحة تعزى لمتغير العمر، وفي تقييمهم للأمن الأسري والحياة المريحــة تبعــاً لمتغير الجنس، هذا ووجدت فرق دالة بين الهرم القيمي للطلبة المكفوفين والهرم القيمي للطلبة المبصرين على أربع قيم (الحياة المريحة، احترام الذات، الصداقة الحقيقية، الحياة المثيرة) .

التعليق على الدراسات

لقد تنوعت دراسات هذه المجموعة من حيث الموضوعات التي تناولتها والفئة العمريــة التــي ركزت عليها وكذلك الوضع الجسمي والاجتماعي لدى مجتمعاتها ولكنها اشتركت في كونهــا دراسات نفسية اختصت بدراسة فئات مجتمعية تعاني من حرمان ناجم عن قصور اجتماعي أو عجز جسدي فمن بينهــا كانت دراسات نفسيــة اهتمت بالصم والمكفوفين ودراسات أخــرى ركزت على التوافق النفسي والاضطرابات أو المشكلات السلوكية لدى فئــات مــن الأطفــال تعاني من نوع ما من الخلل الاجتماعي أو الصحي ؛ لكون كل من الإعاقة والخلــل الأســري يحمل بين طياته شعوراً بالعجز والحرمان فقد توحدت المعاناة بين هاتين الفئتيــن وخصوصاً في صفوف الأطفال مع اختلاف أسبابها ولذا كان لا بد للباحثة من ضرورة التركيز والإشارة إلى ما تناولته الدراسات الفلسطينية والعربية والأجنبية فيما يتعلق بمتغيرات الدراسة المختلفة؛ للحصول على كل ما من شأنه الإفادة في الجوانب ذات العلاقة بالدراسة الحالية، ومــن بــين أبرز ما يمكن استخلاصه من دراسات هذه المجموعة ما يأتي :

أ- إن دمج الأطفال الصم والمكفوفين في المؤسسات التعليمية العامة يلعب دوراً هاماً في فهمهم لذواتهم ويدعم جوانب الصحة النفسية في شخصياتهم، ويعد المكفوفين أكثر تقبلاً للدمج من الصم لسهولة اتصالهم اللفظي مع المجتمع .

ب- يعد الشعور بالحرمان أو العجز العائد لأسباب أسرية أو جسمية ذا أثر واضح على كل من مفهوم الذات وتقديرها ومستوى الطموح ووجهة الضبط وأبعاده والوعي النفسي والشعور بالوحدة النفسية لدى الأطفال العاديين أو الصم أو المكفوفين ؛ مما قد يعكس صورة فعلية عن مستوى التوافق النفسي لديهم .

ت- قد يتشكل الواقع النفسي للأطفال الذين يعانون من ضعف البصر بشكل مغاير لأقرانهم حيث ثبت أنهم لا يميلون إلى التفسير العقلاني لحالة السعادة أو الكدر التي يمكن أن يتعرضون لها، وهذا بالتالي قد يؤثر على مستوى رضاهم عن ذواتهم ومجتمعهم، مما قد يؤدي بهم إلى مدى ما من سوء التوافق النفسي .

ث- لا يوجد اختلاف في مدى تقبل أي من المعلمين والمعلمات العاملين في مؤسسات التربية الخاصة أو آباء وأمهات المعاقين في إدراك طبيعة أبنائهم وتقبلهم لهم، ويعد الأطفال الصم لآباء صم أفضل في واقعهم النفسي ممن ليس في أسرهم صماً وحتى من المكفوفين، فهم يتمتعون بقدرات نفسية تقترب كثيراً مما عليه الحال لدى الأطفال غير المعاقين .

ج- إن بالإمكان بناء مقياس محكم للاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين في قطاع غزة، وذلك على غرار الجهود الناجحة التي بذلت فيما يتعلق بالمشكلات السلوكية لدى الأطفال غير المعاقين .

ح- إن من أبرز الاضطرابات والمشكلات السلوكية لدى الأطفال (والتي أشارت إليها دراسات هذه المجموعة) لدى الأطفال تمثلت في الأرق والنسيان والسرحان والعدوان والغش والتأخر عن الدوام المدرسي والقلق والاكتئاب والنشاط الزائد والغيرة والمشكلات ذات الطابع الاجتماعي كالكذب والسرقة ومشكلات نقص الدافعية كإهمال الواجبات المدرسية والأعراض السيكوسوماتية واللازمات العصبية، ويعد اضطراب النشاط الزائد أكثر تلك الاضطرابات السلوكية شيوعاً لدى أطفال المرحلة الابتدائية غير المعاقين .

خ- ليس هناك ثمة اختلاف كبير في الجوانب النفسية بين كل من الأطفال المكفوفين والمبصرين، وكذلك بين الصم والمكفوفين، ولكن قد يلاحظ اختلاف من نوع ما لدى كل من الصم والعاديين وخاصة فيما يتعلق بمفهوم الذات لدى كل منهما، مع التأكيد على ما أشارت إليه الدراسات من علاقة إيجابية بين مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال.

د- إن من بين الدراسات ما حاول المقــارنة بين الصم والمكفوفين والعاديــين في الأعراض العصابية، ولكون تلك الأعراض قد تأخذ حداً ما من المرض النفسي فلم يتم إدراجهــا ضـــمن مجموعة الدراسات التي تناولت الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين .

ذ- مع كثــرة دراسات هذه المجموعة وتنوعهــا إلا أن الكثيــر منها لم يكن الاستغنــاء عنه (وخاصة ما تطرق للمشكــلات السلوكية لدى الأطفال) ؛ بسبب اللبس الواضــح بين تلــك المصطلحات ومصطلحات الدراسة الحالية، كما إن العديد منها يعرض واقعاً لمتغيــرات هــذه الدراسة سواء النفسية أو الديمغرافية، وبالتالي فإنه قد يكون بالإمكان الاستفادة منه في تفــسير النتائج التي يمكن أن تتوصل إليها الدراسة الحالية .

الفصـــــل الرابـــــع

الطريقة وإجراءات الدراسة

تمهيد

لقد تم الإشارة فيما سبق إلى أن الهدف الرئيسي الذي يقف من وراء هذه الدراسة يتمثـل فـي التعرف على أبرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين وعلاقتها بمـستوى التوافق النفسي لديهم، وقد قدمت الباحثة لهذه الدراسة كخطوة أولى ــ أمـلاً فـي تحقيقـه ــ عرضاً لجملة الفصول السابقة، والتي ضمـت بين طياتها أهداف وأهميـة ومشكلة الدراسـة، إضافة إلى صورة مختصرة لمباحث الدراسة الأربعـة (الاضـطرابات الـسلوكية، التوافـق النفسي، الصم، المكفوفين)، مع عدم إغفال كل من الدراسات الـسابقة وفـروض الدراسـة، ليتناول هذا الفصل الخطوات العملية التي تضمنتها الدراسة الحالية لتحقيق أهدافها، وتشمل:

منهج الدراسة :

تعتمد الباحثة في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي والذي يهتم بدراسة ظاهرة أو حدث أو قضية موجودة حالياً يمكن الحصول منها على معلومات تجيب عن أسئلة البحـث دون تـدخل الباحث . (الأغا والأستاذ، 2000 : 83)

كما وتستند إلى أسلوب البحث الارتباطي الذي يحدد ما إذا كان هناك ارتباط بـين متغيـرين كميين أو أكثر ودرجة هذا الارتباط، وعليه فإن الغرض من استخدام هذا النوع مـن المنـاهج البحثيـة يتمثل في تحديد وجود علاقـة أو عدم وجودها بين المتغيـرات موضوع الدراسة . (أبو علام، 1998 : 51)

وما كان استخدام الباحثة لكل من المنهج الوصفي التحليلي والارتبـاطي إلا بهـدف دراسـة الاضطرابات السلوكية والتعرف على أبرز أشكالها، بالإضافة إلى الكشـف عن مدى تأثيرها على مستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين (الذين يمثلـون مجتمـع الدراسـة)، وعلاقة كل من الاضـطرابات الـسلوكية والتوافـق النفـسي بـبعض المتغيـرات النفـسية والديمغرافية.

المجتمع الأصلي للدراسة

كان مجتمع الدراسة بصورته الأولية يضم كافة الطلاب الـصم والمكفـوفين الـذين تتـراوح أعمارهم ما بين (7 ــ 16) سنة، ممن يدرسون في المؤسسات الحكوميـة والأهلية الخاصة خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسـي (2004 ــ 2005م)، وذلك حسب سجلات الطلاب في تلك المؤسسات .

وقد بلغ إجمالي العدد الكلـــي لأفراد المجتمـــع ــ بصورته الأولية ــ (731) طالباً وطالبـــة (571 أصم، 160 كفيف) . (انظر ملحق رقم " مُحَرَمْ ")

وبعد تحكيم الأدوات وتطبيقها على عينة تجريبية (ما قبل الاستطلاعية) وبدراسة الصعوبات التي واجهت عملية تطبيق مقياس التوافق النفسي الذي قامت الباحثة بإعداده تقرر أن تقتـــصر الدراسة على الطلبة الذين يدرسون في الصف الثالث الابتدائي فأعلى بحيث تتراوح أعمـــارهم ما بين (9 ــ 16) سنة (بعد أن كانت تستهدف الطلاب الـــصم والمكفـــوفين ــ فـــي تلـــك المؤسسات ــ من سن " 7 ــ 16 " سنة)، ولذا فقد انحصر عدد طـــلاب المجتمـــع الأصـــلي للدراســـة في (449) طالباً وطالبـــة، وفق توزيعهم على الصفوف الدراســـية، والمرحلـــة العمرية المبينة في السجلات المدرسية .

فكان من بينهم (363) طالباً وطالبة من الصم و (86) طالباً وطالبة من المكفوفين .

والجدول التالي يعطي توضيحاً لتوزيع الطلاب على المؤسسات التي تقدم خـــدمات أكاديميـــة للطلاب الصم والمكفوفين في قطاع غزة :

جدول رقم (9)

المؤسسات التي ضمت أفراد مجتمع الدراسة

اسم المؤسسة	العنوان	نوع الإعاقة	عدد الطلاب
مركز تأهيل المعاقين	جباليا	صم	49
جمعية أطفالنا الصم	غزة	صم	143
مركز التدريب والتأهيل	النصيرات	صم	27
جمعية دير البلح للتأهيل	دير البلح	صم	30
مدرسة الهلال للتربية الخاص	خان يونس	صم	42
جمعية الأمل لرعاية وتأهيل المعاقين	رفح	صم	72
إجمالي الصم	**363**		
مدرسة النور والأمل	غزة	مكفوفين	30
مركز النور التابع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين	غزة	مكفوفين	56
إجمالي المكفوفين	**86**		
الإجمالي الكلي	**449**		

وباعتبار متغير الجنس فقد تكون المجتمع الأصلي للدراسة من (214) طالباً مـــن الـــذكور، بينما بلغ عدد الإناث (235) طالبة.

جدول رقم (10)

توزيع أفراد مجتمع الدراسة تبعاً لمتغير الجنس

اسم المؤسسة	عدد الذكور	النسبة المئوية	عدد الإناث	النسبة المئوية	المجموع
مركز تأهيل المعاقين	22	%44.898	27	%55.102	49
جمعية أطفالنا الصم	65	%45.45	78	%54.54	143
مركز التدريب والتأهيل	12	%44.44	15	%55.55	27
جمعية دير البلح للتأهيل	18	%60	12	%40	30
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	20	%47.62	22	%52.38	42
جمعية الأمل للمعاقين	33	%45.83	39	%54.17	72
إجمالي الصم	**170**	**%46.83**	**193**	**53.17**	**363**
مدرسة النور والأمل	17	%56.67	13	%43.33	30
مركز النور	27	%48.21	29	%51.79	56
إجمالي المكفوفين	**44**	**%51.16**	**42**	**%48.84**	**86**
الإجمالي الكلي	**214**	%47.67	**235**	**%52.33**	**449**

أما عن توزيع المجتمع الأصلي للصم حسب المرحلة العمرية فقد لاحظت الباحثة أن أعمار الطلاب الصم لا يعتبر مقياساً يمكن الاستناد إليه في تحديد المتغير المرحلة العمرية حيث أن غالبية الطلاب هم ممن تزيد أعمارهم عن 16 سنة وخصوصاً في الصفوف الإعدادية، وعليه فقد ارتأت أن تستند إلى المرحلة الدراسية فتقارن ما بين المرحلة الإعدادية والثانوية من جهة والمرحلة الابتدائية من جهة أخرى ــ مع الأخذ بعين الاعتبار أعمار الطلاب ــ، وعلى هذا فقد وجدت أن هناك ثمة (291) طالب وطالبة في المرحلة الابتدائية، بينما تكون مجتمع الصم في المرحلة الإعدادية من (72) طالب وطالبة، وتجدر الإشارة إلى أن كافة مدارس الصم لم يتم فيها فتح كل من الصفين العاشر والحادي عشر .

هذا وقد بلغ عدد الطلاب المكفوفين الذين تنطبق عليهم حدود الدراسة النهائية في المرحلة الابتدائية (56) طالب وطالبة، بينما كان عدد الطلاب المكفوفين في المرحلتين الإعدادية والثانوية (30) طالب وطالبة، ليصبح العدد الإجمالي لطلبة المرحلة الابتدائية للمجتمع الأصلي للدراسة (347) طالب وطالبة،في حين كان عدد طلبة المرحلتين الإعدادية والثانوية من الصم والمكفوفين (102) طالب وطالبة . (انظر ملحق رقم " ٣ ")

وبالنسبة لمنطقة السكن فقد تم تقسيمها إلى قطرين أساسيين هما : جنوبي وحوى (184) طالباً وطالبة، وآخر شمالي وبلغ عدد طلابه (265) طالباً وطالبة.

جدول رقم (11)

توزيع أفراد المجتمع الأصلي للدراسة وفقاً لمتغير منطقة السكن

اسم المؤسسة	المنطقة الجنوبية			المنطقة الشمالية			المجموع
	رفح	خانيونس	دير البلح	النصيرات	محافظة غزة	محافظة شمال غزة	
مركز تأهيل المعاقين	-	-	-	-	1	48	49
جمعية أطفالنا الصم	-	10	3	1	122	7	143
مركز التدريب والتأهيل	-	-	-	26	1		27
جمعية دير البلح للتأهيل	-	-	30	-	-	-	30
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	2	40	-	-	-	-	42
جمعية الأمل للمعاقين	72	-	-	-	-	-	72
إجمالي الصم	**74**	**50**	**33**	**27**	**124**	**55**	**363**
مركز النور للمعاقين بصرياً	2	12	4	2	24	12	56
مدرسة النور والأمل	2	4	3	4	14	3	30
إجمالي المكفوفين	**4**	**16**	**7**	**6**	**38**	**15**	**86**
الإجمالي الكلي	**78**	**66**	**40**	**33**	**162**	**70**	**449**
	184			**265**			

ويتضح مما سبق تبايناً ملموساً في توزيع الطلاب الصم والمكفوفين على محافظات قطاع غزة، والذي يرجع سببه إلى مكان وجود تلك المؤسسات وحجم الخدمات والتسهيلات التي تقدم من قبل كل منها لهؤلاء الطلاب .

وعند التطرق لدرجة الإعاقة لدى كل من الصم والمكفوفين يلاحظ بأن مجتمع الصم لا يمكن تجزئته؛ حيث أن درجة فقد السمع – وإن كانت بدرجة متوسطة – فإن الطالب لا يستفيد بالقدر الكافي من بقايا السمع لديه إلا بنسبة محدودة للغاية، كما وأن تكلفة المعينات السمعية باهظة الثمن ــ يصعب الحصول عليها بسهولة ــ وخاصة في ظل الظروف الاقتصادية السيئة التي يعانيها غالبية أبناء الشعب الفلسطيني .

ويعد المكفوفين في هذا الجانب أفضل حظاً من أمثالهم الصم، ولهذا فقد اقتصرت الباحثة على المكفوفين في التعامل مع درجة الإعاقة كأحد متغيرات الدراسة .

والجدول التالي يوضح توزيع مجتمع المكفوفين استناداً لدرجة الإعاقة، على اعتبار أن الإعاقة الجزئية تتمثل في حدة الإعاقة البسيطة والمتوسطة (والتي يمكن أن يستفيد الفرد منها بوجـــود المعينـــات البصرية)، بينما تمثل الإعاقة الكليـــة تلك الدرجة التي تتراوح بين مستوى الفقـــد الشديد أو الحاد وحتى الفقد الكامل (الكلي) :

جدول رقم (12)

توزيع أفراد المجتمع الأصلي للمكفوفين تبعاً لمتغير درجة الإعاقة

اسم المؤسسة	جزئي	كلي	المجموع
مركز النور للمعاقين بصرياً	25	31	56
مدرسة النور والأمل	14	16	30
الإجمالي	**39**	**47**	**86**

عينة الدراسة

لقد قامت الباحثة باختيار ثلاث عينات مختلفة لكل منها صفات معينة وأغراض محددة اختيرت لأجلها، ويمكن توضيح كل من تلك العينات كما يلي :

أ- عينة تجريبية (ما قبل الاستطلاعية)

تكونت هذه العينة من مجموعتين إحداها من الصم اختيرت من مدرسة جمعية أطفالنا الـــصـــم وتكونت من ثلاث طـــلاب من سن (9 - 10) سنوات بمتوسط (9.67) ســـنة وانحـــراف معيـــاري (0.82) وطالبين من ســـن (15) سنة بمتوســـط ([illegible]) ســـنة وانحـــراف معياري ([illegible]) .

بينما تكونت عينة المكفوفين من سبع طلاب تراوحت أعمارهم بين (8 - 10) ســـنوات مـــن طلبة الصف الثالث الابتدائي بمركز النور للمكفوفين، بمتوسط حسابي (9) سنوات وانحراف معياري (2) .

ويتحدد الهدف من اختيار هذه العينة في التعرف على الوقت الذي يستغرقـــه الطلاب للإجابـــة على مقياس التوافق النفسي بصورته الثانية (المكون من 142 عبارة) والكشف عن العبارات التي يجد الطلاب صعوبة واضحة في فهم مصطلحاتها أو اكتشف خلل ما في صياغتها .

ب- العينة الاستطلاعية :

وقد تكونت هذه العينة من (50) طالب وطالبة من الصم والمكفوفين (25) أصم من جمعية أطفالنا للصم (25) كفيف تم اختيارهم من مركز النور ومدرسة النور والأمل للمكفـــوفين)، تراوحت أعمارهم ما بين (9 - 16) سنة، وكانت أعمار عينة المكفوفين بمتوسط (10.92)

سنة وانحراف معياري (9.97)، في حين بلغ متوسط أعمار أفراد عينة الـصم (11.56) سنة وانحراف معياري (10.04).

وتم اختيار أفراد هذه العينة بهدف دراسة السمات السيكومترية لكل من مقياس التوافق النفسي ومقياس الاضطرابات السلوكية .

ج- العينة الفعلية

وتنقسم إلى قسمين أساسيين :

أولاً) عينة المكفوفين والتي تمثلت في **جميـع** أفراد مجتمع المكفوفين الأصلي للدراسة في كل من مركز النور للمعاقين بصرياً التابع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين ــ (56) طالب وطالبة ــ، ومدرسة النور والأمل الحكومية ــ (30) طالب وطالبة ــ أي بإجمـالي (86) طالب وطالبـة تراوحت أعمـارهم بين (9 - 16) سنة بمتـوسط عمري (12.09) وانحـراف معياري (21.39) وقد قامت الباحثة بعرض تفصيلي لهذه الفئة عندما تحدثت عـن مجتمـع الدراسة.

ثانياً) عينة الصم والتي تألفت من (135) طالب وطالبة، أي ما نـسبته 38% تقريبـاً مـن مجتمع الدراسة الأصلي .

ولتطبيق المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية والحصول بعد دراسة النتائج المترتبة عليهـا وتحليل تلك النتائج على نحو يمتاز بالدقة والموضوعية، تم اختيار أفراد عينة الصم بطريقـة عشوائية منتظمة من مجتمع إجمالي عدد أفراده (363) طالب وطالبـة ممـن تراوحـت أعمارهم ما بين (9 - 16) سنة، وبعد تصنيف أفراد العينة الذين وقع عليهم الاختيار وجـد أن توزيعهم على المؤسسات كان على النحو التالي :

جدول رقم (13)

توزيع أفراد عينة الصم على المؤسسات

اسم المؤسسة	المجتمع	العينة	النسبة المئوية
جمعية تأهيل المعاقين	49	20	%40.82
جمعية أطفالنا الصم	143	30	%20.98
مركز التدريب والتأهيل	27	15	%55.56
جمعية دير البلح للتأهيل	30	20	%66.67
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	42	20	%47.62
جمعية الأمل للمعاقين	72	30	%41.67
الإجمالي	**363**	**135**	**%37.19**

وبعد مراجعة عملية تدوين البيانـــات الأولية لأفراد عينة الصم، والاستجابـــات على مقياســـي الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي قامت الباحثة بحذف ما مجموعـــه (16) استبانه من بين الإستبانات التي تم الإجابة على عباراتها ؛ لوجود جملة من الأخطاء التي صاحبت عمليـــة تدوين البيانات الأولية لأفراد العينة أو استجابة كل من الملاحظين والطلاب علـــى عبـــارات المقيـــاسين والتي من الممكن أن يترك بقاؤها أثراً سلبياً على عملية تفريغ البيانات، وبالتـــالي مدى الدقة في رصد النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلال هذين المقياسين، ويمكن عرض توزيع أعداد الإستبانات التي تم حذفها من العدد الكلي للعينة الفعلية، وذلك كما فـــي الجـــدول رقم (14) .

جدول رقم (14)

ما تم حذفه من إستبانات من المجموع النهائي لأفراد عينة الصم

اسم المؤسسة	العينة الأولية	ما تم حذفه	العينة النهائية
جمعية تأهيل المعاقين	20	5	15
جمعية أطفالنا الصم	30	7	23
مركز التدريب والتأهيل	15	-	15
جمعية دير البلح للتأهيل	20	3	17
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	20	1	19
جمعية الأمل للمعاقين	30	-	30
الإجمالي	**135**	**14**	**119**

وبعد حذف تلك الإستبانات وجد أن أفراد العينة الفعلـــية الذين تم الاحتفاظ باستجاباتهم علـــى المقياس يتوزعون على متغيرات الدراسة كما يلي :

1- بلغ عدد الطلاب الذكور (59) طالباً ، بينما كان عـــدد الإنـــاث مـــنهم (60) طالبـــة، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد عينة الصم الفعلية وفقاً لمتغير الجنس :

جدول رقم (15)

توزيع أفراد عينة الصم الفعلية وفقاً لمتغير الجنس

اسم المؤسسة	عدد الذكور	ما تم حذفه	العدد الفعلي	النسبة المئوية	عدد الإناث	ما تم حذفه	العدد الفعلي	النسبة المئوية	المجموع
جمعية تأهيل المعاقين	9	3	6	%40	11	2	9	%60	15
جمعية أطفالنا الصم	11	3	8	%34.78	19	4	15	%65.22	23
مركز التدريب والتأهيل	6	-	6	%40	9	-	9	%60	15
جمعية دير البلح للتأهيل	13	2	11	%64.7	7	1	6	%35.29	17

مدرسة الهلال للتربية الخاصة	10	1	9	%47.3	10	-	10	%52.7	19
جمعية الأمل للمعاقين	19	-	19	%63.3	11	-	11	%36.7	30
الإجمالي	**68**	**9**	**59**	**%49.57**	**67**	**7**	**60**	**%50.20**	**119**

2- بالنسبة للمرحلة الدراسية فإن هذه العينة تكونت من (94) طالب وطالبة من طلبة المرحلة الابتدائية، بينما كان عدد الطلبة الصم في المرحلة ما بعد الإبتدائية (25) طالب وطالبة وللتعرف على توزيعهم على الصفوف الدراسية (انظر ملحق رقم " **3** ").

بيد أن الجدول التالي يوضح المتوسط الحسابي لأعمار الطلاب في كل مرحلة دراسية :

جدول رقم (16)

المتوسط الحسابي لأعمار الطلاب في المراحل الدراسية

اسم المؤسسة	المرحلة الابتدائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المراحل العليا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
جمعية تأهيل المعاقين	12	12.42	5.19	3	14.67	0.82
جمعية أطفالنا الصم	19	12.21	8.26	4	15.25	1.66
مركز التدريب والتأهيل	6	12.83	3.29	9	15	4.69
جمعية دير البلح للتأهيل	17	11.59	11.48	-	-	-
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	17	12.82	3.53	2	16	0
جمعية الأمل للمعاقين	24	11.04	8.89	6	14	1.41
الإجمالي	95	12.15	40.64	24	14.98	8.79

3-عند دراسة توزيع أفراد عينة الصم الفعلية على مناطق السكن تبين أن هناك (68) طالب وطالبة من محافظات الجنوب، وبلغ أفراد عينة الصم من المنطقة الشمالية (51) طالب وطالبة .

جدول رقم (17)

توزيع أفراد عينة الصم وفقاً لمتغير منطقة السكن

اسم المؤسسة	**رفح**	**خان يونس**	**دير البلح**	**الإجمالي**	**النصيرات**	**غزة**	**شمال غزة**	**الإجمالي**	**المجموع**
جمعية تأهيل المعاقين	-	-	-	-	-	-	15	15	15
جمعية أطفالنا الصم	-	2	-	2	-	20	1	21	23
مركز التدريب والتأهيل	-	-	-	-	15	-	-	15	15
جمعية دير البلح للتأهيل	-	-	17	17	-	-	-	-	17
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	1	18	-	19	-	-	-	-	19
جمعية الأمل للمعاقين	30	-	-	30	-	-	-	-	30

الإجمالي	31	20	17	68	15	20	16	51	119

أدوات الدراسة

ولاختبار فروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها قامت الباحثة باستخدام أداتين هما :

1- مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد : د. أمال عبد السميع باظه، 2001) وتعديل الباحثة.

2- مقياس التوافق النفسي (إعداد الباحثة) .

أولاً: مقياس الاضطرابات السلوكية

أ-التعريف بمقياس الاضطرابات السلوكية:

تم الاستناد بشكل أساسي فيه إلى مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال الصم والمكفوفين والعاديين الذي قامت بإعداده (باظه، 2001)، حيث اعتبرته الباحثة نقطة ارتكاز رئيسية وعمدت إلى إجراء بعضاً من التعديلات عليه (سواء في البناء أو الشكل العام)، وسيتم بداية عرض ملخص لصورة المقياس كما أعدته " باظه " :

قامت " باظه " بوضع مقياسها بعد الاطلاع على عينة من الاختبارات التشخيصية للاضطرابات في مرحلة الطفولة، وكان من أبرزها مقياس التقدير السيكاتري المختصر للأطفال (Brief Psychiatric Rating Scale for children (BPRSC، قائمة ملاحظة سلوك الطفل التي وضعها " كاسيل، 1961 " وأعدها للبيئة المصرية " كامل، 1987 "، واختبار الاكتئاب للأطفال إعداد : " الطيب، 1983 "، واختبار القلق الظاهر "إعداد : موسى".

ويشتمل هذا المقياس على أبعاد سبعة هي :

1- اضطرابات المسلكية The Behavior Disorders و يتضمن العدائية Hostility وعدم التعاون والسلبية والمقاومة للتعامل والغضب والمعارضة أو المخالفة.

2- الاكتئاب الأساسي Major Depression ويشتمل على الاكتئاب المزاجي، الأفكار الانتحارية سواء بالتهديد أو التفكير في الانتحار والمحاولات الانتحارية، الشعور بالنقص، اضطرابات الشهية، انخفاض الثقة بالنفس، اضطرابات النوم .

3- اضطرابات التفكير Thinking Disturbance ويشتمل على الهلاوس Hallucinations ويقصد بها الادراكات والخبرات السمعية والبصرية غير الواقعية،

الهذاءات Dulusions، الأفكـــار والادراكـــات الخاصة بالعظمة والذات، التخيلات الخاصـــة Fantesies، والاضطراب الفصامي Schizophrenic Disorder .

4- النشاط الزائد Hyperactivity ويضم كل من تشتت الانتباه وضعف تركيـــز الانتبـــاه وقصر مداه وانخفاض مستوى الاستجابة اللفظية .

5- الانسحاب الانفعـــالي Emotional Withdrawal ويـــشتمل علـــى فتـــور العاطفـــة واضطراب التجنب والصمت الاختياري .

6- القلق Anxiety ويتضمن التوتر وصعوبات النوم واضطراب الهويـــة وفقـــدان الـــشهية والخوف المستقبلي.

7- اضطرابـــات التواصـــل (خـــاص بالـــصم) Conduct Disorder ويـــشتمل علـــى اضطراب أسلوب التواصل وانخفاض مستواه وانخفاض المشاركة مع الآخرين .

وبالنسبة للمكفوفين يصبح البعد هو : اضطراب الكلام ويشتمل على انخفاض المستوى اللغوي وأخطاء النطق وانخفاض المحصول اللغوي وارتفاع الصوت أو انخفاضـــه والإقـــلال مـــن التحدث أو الزيادة في الاستجابة اللفظية .

وقد تمتع هذا المقياس بدرجة ثبات وصدق مناسبتين تسمح باستخدامه في البحوث والدراســـات ذات العلاقة . (باظة، 2001)

التعديلات التي أجرتها الباحثة على المقياس :

وانطلاقاً من اطلاع الباحثة واحتكاكها المباشر مع الأطفال المعاقين سمعياً وبـــصرياً وذويهـــم وبعض المحيطين بهم في المجتمع والمؤسسات، ارتأت أنه لا بد من إدخال بعض التعـــديلات على هذا المقياس ــ سواء من حيث البناء أو آلية التطبيق ــ وذلك على النحو التالي :

1- إضافة بعد ثامن تحت مسمى اللازمات العصبية، بحيث يعبر عن الاضطرابات الحركيـــة، ويمكن تعريفها على أنها مجموعة من الحركات العصبية تصدر لا إرادياً عن الطفـــل بـــشكل منتظم أو عند تعرضه لموقف مثير أو ضاغط)، ومن أبرزها قضم الأظافر، مص الإصبع أو الشفاه، هز الرأس أو الرجلين وغيرها .

2- الاكتفاء بتقييم المدرس أو أحد المرشدين العاملين مع الطالب (خلال فترة لا تقـــل عـــن فصل دراسي كامل) ــ كملاحظين ــ والاستغناء عن التقدير الذاتي للطالب ، وغير ذلك مـــن التقديرات التي اقترحتها " باظة " في تسجيل الاستجابات على مقياس الاضطرابات السلوكية .

3- تغيير لفظ " غير مستقل " بـــ" غير مستقر " لتواءمها مع مفهوم العبارة التي تتحدث عن " الأنماط الحركية الثابتة " .

4- الاحتفاظ ببعض المستويات التي تضمنتها عبارات اضطراب التواصل ــ والتي خصصتها " باظه " للصم ــ في مقياس الاضطرابات السلوكية للمكفوفيـــن ؛ وذلك لظهورها بشكل جلي

وواضح لديهم، حيث تبين ذلك وفقاً لآراء المرشدين والمختصين العـــاملين مـــع المكفـــوفين، إضافة إلى كونهن اضطرابات قد تتواجد لدى المعاقين حسياً بشكل عام وليس لدى إعاقة دون الأخرى (كاضطرابات وليست سلوكاً مميزاً لهم) .

5- عمل نسختين من مقياس الاضطرابات السلوكية ــ إحداها للصم، وأخـــرى للمكفـــوفين ــ بحيث يتم حذف عبارات اضطرابات التواصل الخاصة بكل إعاقة عن ذلك المقياس الخـــاص بالإعاقة الأخرى ؛ تجنباً لحـــدوث لبس أو خلط أثناء تسجيـــل استجابات الملاحظين على كل منهما ، وحرصاً من الباحثة على الدقة وتسهيل عملية الملاحظة بالنسبة لهم .

ب-خطوات تعديل المقياس :

وكما تم الإشارة سابقاً فقد قامت الباحثة بإضافة بعد ثامن على هذا المقياس ، متبعة نفس النمط الذي اتخذته " باظه " في بناء عبارات مقياسها، فحددته بمستويات ثلاث (تحدث عند اللعـــب، عند الغضب، منتظمة في كل وقت).

وعمدت إلى دراسة السمـــات السيكومترية للمقياس بصورتـــه المعدلة، والكشـــف عن إمكانية مواءمته وتقنينه بما يتناسب مع البيئة الفلسطينية بخصوصيتها ؛ متبعة في ذلك أســـاليب عـــدة تمثلت في :

1-عرض الأداة على المحكمين :

فقد قامت الباحثة بعرض المقياس بأبعاده الثمانية على أحد عشر محكماً (وهـــم جملـــة مـــن المختصين المتميزين في ميدان علم النفس والصحة النفسية أو التأهيل)، (ملحق رقم " **6** ") وقد أثنى الجميع على بناء المقياس وطبيعته، إلا أن بعضاً منهم أبدى جملة مـــن الملاحظـــات التي كانت كالتالي :

أفاد أحد المحكمين أن العبارة رقم 14 فقرة (ب) يراعى استبدال غير مستقل بغير مستقر.

كما أكد على أن انحرافات الكلام في العبارة 19، واضطرابات الكلام والصوت فـــي العبـــارة رقم 20 هما من خصائص اضطرابـــات اللغة والكلام وهو فرع من الإعاقـــة منفصل عـــن، وليس جزء من الاضطرابات السلوكية .

ورأى آخر ضرورة تبديل بعض المصطلحات والتعبيرات الواردة في المقياس وذلك كما هـــو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (18)

التعديلات التي اقترحها أحد المحكمين على مقياس الاضطرابات السلوكية

رقم العبارة	الصورة الأولية	الصورة المعدلة
5	الشعور بالنقص	الشعور بالدونية

6	الانتحار	محاولة الانتحار
9	الهلاوس	ترابط التفكير
11	اللهو أو السرحان	اللهو
12	الانسحاب الانفعالي	قلة التركيز

ويؤكد على أن الهلاوس ليست اضطراباً في التفكير بل هي اضطراب في إحدى الحواس الخمسة، ويمكن قياس اضطراب " ترابط التفكير" والذي يسوده فقدان الترابط أو احتجاز الأفكار أو تطايرها .

وبشكل عام لاقى مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين استحساناً واضحاً من بقية المحكمين، فلم يبدوا أي تعديلات عليه وأكدوا على صلاحيته للتطبيق كأحد أدوات الدراسة الحالية .

2- التجريب ما قبل الاستطلاعي :

بعد أن قامت الباحثة باختيار العينة التجريبية (ما قبل الاستطلاعية)، أوعزت إلى أحد مدرسي أولئك الطلاب (مدرسين للصم، مرشد نفسي ومدرس للمكفوفين) بتسجيل ملاحظاتهم على كل طالب من الطلاب الذين تم اختيارهم ضمن هذه العينة، وتدوين آرائهم حول طبيعة عبارات المقياس من حيث وضوحها وموضوعيتها وبناءها .

ووفقاً لآراء المحكمين وما نجم عن عملية التجريب تقرر إجراء التعديلين رقم (3، 4) والذين تم الإشارة إليهما أعلاه .

3- عقد ورشة تدريبية

وبعد تطبيق المقياس على العينة التجريبية (ما قبل الاستطلاعية) تقرر عقد ورشة تدريبية يتم خلالها مناقشة الصعوبات التي واجهت أو يمكن أن تواجه عملية التطبيق فيما بعد .

وقد تم خلال هذه الورشة توضيح مفهوم عدد من المصطلحات التي تضمنتها بعض عبارات هذا المقياس، وتحديد الآلية التي يمكن استخدامها لدراسة السمات السيكومترية له بعد اعتماد جميع التعديلات التي أجريت عليه .

4- تطبيق المقياس على عينة استطلاعية :

بعد عملية التجريب ما قبل الاستطلاعي وبتفحص نتائج وتوصيات الورشة التدريبية عمدت الباحثة إلى اختيار عينة عشوائية مكونة من (10) طلاب (5 صم، 5 مكفوفين) وطلب من ثلاثة ممن يعملون معهم (أخصائي نفسي وأخصائي اجتماعي ومدرس، أو ثلاثة من المدرسين) تقييم سلوكهم من خلال الإجابة على عبارات مقياس الاضطرابات السلوكية

للأطفال الصم والمكفوفين، ويشترط أن يجيب كل منهم على مقياس خاص بـــه دون الاطـــلاع على تقييم الآخرين للطالب ؛ بهدف تحقيق قدر من الموضوعية والدقة في عملية القياس .
ولقد جاءت عمليـــة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفـــوفين بهـــدف حساب ثبات هذا المقياس، وبالتالي تحديد إمكانية صلاحيتـــه ليكـــون إحـــدى أدوات الدراســـة الحالية، أم لا ؟

5- حساب السمات السيكومترية للمقياس

استندت الباحثة في حساب درجة ثبات المقياس وصدقه إلى ما يلي :

أ-حساب نسبة الاتفاق بين الملاحظين : فبعد دراسة نتائج التطبيق تم حذف إجابات الملاحـــظ الأول بين الملاحظيـــن على جميع الطلاب ؛ لشدة الفرق بينـــه وبين الملاحظين الآخرين في الإجابة على عبارات المقياس (وقد يرجع ذلك إلى محدودية الاحتكاك بينه وبين الطلبة وفقـــاً لطبيعة الدور الذي يقوم به في المؤسسة)، وبدراسة ما توصلت إليه عملية التطبيق من نتـــائج تبين التالي :

ثبات مقياس الاضطرابات السلوكية الخاص بالصم : فقد تكون مقياس الاضطرابات السلوكية الخـــاص بالصم من (22) عبارة، لكل عبارة منها ثلاث مستويـــات، فيصبح بـــذلك عـــدد المستويات التي تضمنها المقياس (66) مستوى .

وبتطبيق المقياس على أفراد عينة الصم الاستطلاعية، وإجراء ما يلزم من تعديل على نتـــائج عملية التطبيق (حذف استجابات الملاحظ الأول)، تبين أن هناك اتفاق واضح بين الملاحظين في استجاباتهم على (61) مستوى من بين مستويات المقياس، واختلف تقيـــيمهم فـــي (5) مستويات، وبحساب نسبة الاتفاق بين الملاحظين حصل المقياس الخاص بالصم علـــى درجـــة ثبات عالية وقدرها (0.92)

وثبات المقياس الخاص بالمكفوفين : حيث تكـــون هذا المقياس من (25) عبـــارة تضمنت (72) مستوى، وبعد تطبيق المقياس على عينة المكفوفين الاستطلاعية، وبعلاج نتائج عمليـــة التطبيق اتضح بأن هنـــاك اتفاق بين الملاحظين في استجاباتهم على (68) مـــستـــوى مـــن مستويات ذلك المقياس، وكان هناك اختلاف فيما بينهم على (4) مستويات، وبحساب نـــسبة الاتفاق بين الملاحظين وجد أن مقياس الاضطرابات السلوكية الخاص بالمكفوفين يتمتع بدرجة ثبات قدرها (0.93)، والتي تتسم بكونها مرتفعة ومقبولة علمياً .

ب- إعادة التطبيق :

وبعد ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول (على العينة التجريبية) طلب من نفس المقيمـــين فـــي المرة الأولى إعادة تقييم الطلاب أنفسهم وبنفس الطريقة، حيث تبين من هذه العمليـــة (وبعـــد

مقارنة الاستجابات في المرة الأولى بها في الثانية) وجود نسبة اتفاق بين التطبيقين بما يعادل 98% سواء بالنسبة للصم أو المكفوفين .

وهذا يؤكد أن مقياس الاضطرابات السلوكية (بما أجري عليه من تعديلات) تمتـــع بدرجـــة عالية من الصدق والثبات، مما يمنح الباحثة شعوراً بالاطمئنان اتجاهه، ويتـــيح لهـــا فرصـــة تطبيقه والاعتماد على النتائج التي يمكن التوصل إليها من خلاله ؛ لاختبار صـــحة فـــروض الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها، وبالتالي تحقيق الأهداف المرجوة منها .

ثانياً: مقياس التوافق النفسي

لقد عمـــدت الباحثة إلى بناء مقياس للتوافـــق النفسي هادفة من وراء ذلك ـــ بشكـــل أساســـي ومركزي ـــ للتعرف على مستوى التوافـــق النفسي للأطفال الصم والمكفوفيـــن، ومدى تأثره ببعض المتغيـــرات و إيجاد مقياس مناسب يمكن أن يستند إليه الباحثيـــن والدارســـين لميـــدان التوافق النفسي والصحة النفسية للأطفال الصم والمكفوفين فيما بعد .

وقد سارت في إعداد هذا المقياس وتصميمه وفقاً للخطوات التالية :

1- دراسة الأدب التربوي والنفسي :

اطلعت الباحثة على ما كتب حول موضوع التوافق النفسي في الأدب التربوي والنفسي (الذي كان يزخر بالمعلومات الهامة والقيمة)، ومقاييسه التي اقتصرت في معظمها على قياسه لدى غير المعاقين، واعتبرت أن وجود أي قصور جسدي هو سبب من أسباب سوء التوافق، وفـــي غالبية الأمر تجاهلت تلك المقاييس الأطفال الصم والمكفوفين (مـــا عـــدا تلـــك المحـــاولات الشخصية للباحثين الذين حاولوا دراسة التوافق النفسي لدى أبناء هاتين الفئتـــين مـــن فئـــات الإعاقة) وإن كانت قد اهتمت بالمكفوفين في جوانب معينة ذات العلاقة بالتوافق النفسي، كمـــا أن الباحثة لم تجد هناك ثمة مقياس يدرس التوافق النفسي لدى الأطفال الصم أو المكفـــوفين ؛ ولذا فقد رأت ضرورة بناء مقياس للتوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين معاً (بحيث تجمع بينهم في مقياس واحد)، ويتلاءم مع واقعهم في المجتمع الفلسطيني .

2- تحديد أبعاد المقياس وفقراته :

ووفقاً للإطار النظري لموضوع التوافق النفسي، ومع الدراسة المتفحصة لما ورد في مجموعة من مقاييس التوافق النفسي لغير المعاقيـــن وأخرى للمعاقين، والتي كان من أبرزها : مقيـــاس الســـلوك التوافقي A.B.S. تأليـــف كازونهيرا وراي فوستر وماكس شلهـــاس وهنري ليلا ند ـــ وترجمة صفوت فرج وناهد رمزي ـــ (1985) مقياس (ر.ع.ح) إعداد (مجدي محمد الدسوقي، 1990) ... وغيـــرها ؛ بغرض الاستفادة من الأسلـــوب المتبع في تحديد أبعادهـــا وصياغة وترتيب عباراتها، وبالاستناد لما تناولته الدراسات والبحوث والكتب عـــن التوافـــق

النفسي وأبعاده والتأمل والتفحص للذي أوردته عن خصائص وسمات الصم والمكفوفين، بالإضافة إلى آراء الباحثين والمختصين في ذلك والنظريات النفسية التي تحدثت عن هذه الجوانب أو ما ورد على ألسنة وحركات الطلاب موضوع الدراسة من عبارات قد تلعب دوراً هاماً في إثراء المقياس، قررت الباحثة الارتكاز في بناءه على أبعاد أربعة (شخصي، مدرسي، أسري، جسدي)، حيث ترى الباحثة أن من شأن هذه الأبعاد الأربعة أن تشكل بين طياتها صورة واضحة لمفهوم التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين .

وما إن حددت أبعاد المقياس حتى سعت لصياغة عبارات كل بعد مرتكزة إلى ما توصلت إليه من معلومات عن الخصائص النفسية للأطفال عامة وللصم والمكفوفين بشكل خاص، كما وساهم في ذلك أيضاً الخبرة المهنية حول ميدان الواقع النفسي للمعاقين، حيث كانت الباحثة لفترات طويلة على احتكاك مباشر بهم (وذلك أثناء تطوعها للعمل في العديد من المؤسسات التي تهتم بهم) أدى لحصولها على جملة من العبارات الصادرة عن الطلاب، ويمكن أن تلعب دوراً هاماً في الاستدلال على شيء من مستوى التوافق النفسي لديهم، فمنها من يعبر عن علاقة الطفل مع نفسه أو البيئة المحيطة به . ولا بد من الإشارة في هذا الجانب إلى أن صياغة تلك العبارات جاءت وفق التعريفات الإجرائية التي اعتمدتها الباحثة لكل من التوافق النفسي وأبعاده الأربعة، والتي يمكن توضيحها على النحو التالي :

جدول رقم (19)

التعريفات الإجرائية للتوافق النفسي وأبعاده

البعد	بيان البعد	التعريف الإجرائي	عدد العبارات
البعد الأول	التوافق الشخصي	هو حالة من الاتزان والرضى، تمكن الطفل من التغلب على مشاعر النقص والقصور الناجمة عن الإعاقة وتمنحه شعوراً بالتقبل والراحة وتساعده على تجاوز مشاعر الأسى والنقص .	40
البعد الثاني	التوافق المدرسي	ويقصد به حالة من الشعور بالقدرة على التأقلم والتوائم والانسجام مع البيئة المدرسية وتقبلها، والتمتع بمشاعر الأمان والثقة نحو كافة عناصر تلك البيئة	41
البعد الثالث	التوافق الأسري	وهو حالة يتمكن الطفل خلالها من الشعور بالأمان والانسجام والتقبل داخل الأسرة والتغلب على ما يتعرض له من المواقف الضاغطة وصراعات داخلها أو في محيطها الخارجي (ذي العلاقة بها)، والتمتع بقدر من الرضى والتقدير والاحترام والقدرة على التفاعل بشكل إيجابي معها وتكوين علاقة منسجمة مع كافة أفرادها	42
البعد الرابع	التوافق الجسدي	ويعتبر حالة من الاتزان الفسيولوجي والقدرة على مقاومة المشكلات الصحية ومشاعر الضغط النفسي الذي قد ينجم عن الشعور بالعجز والنقص	41
المقياس	التوافق النفسي	وهو عملية دينامية مستمرة ، ذات أبعاد متعددة (شخصي، مدرسي، أسري، جسدي)، يسعى الطفل من خلاله لتحقيق قدر من الرضى والاتزان بين	164

		دوافعه وحاجاته الذاتية وبين متطلبات بيئته، وفقاً لمعايير تلك البيئة	

ومن ثم عمدت الباحثة إلى المقياس المصمم فقامت بترتيب عباراته وحـذف المتـشابه بينهـا ومراجعة وتعديل صياغة ما يلزم منها؛ لتصل بذلك إلى صورته الأولية .

3- وصف المقياس بصورته الأولية

تكونت هذه الصورة من (164) عبارة، امتازت (من وجهة نظر الباحثة) ببساطة الألفـاظ ووضوحها وسهولة الصياغة وتجنب التعقيد وهي قصيرة ومحددة وملاءمة لأعمـار الطـلاب المستهدفين، فتتناسب مع واقعهم وتراعي ظروفهم الخاصة .

كما وتنوعت العبارات ــ بقدر أو بآخـر ــ ما بين سلبيـة وإيجابية، فاشتملت على عبـارات موجبة (أي أنها مثبتة) ، وأخرى سالبة (أي تحوي أسلوب نفي) .

جدول رقم (20)

الخصائص الوصفية لمقياس التوافق النفسي بصورته الأولية

البعد	بيان البعد	عدد العبارات	العبارات الإيجابية		العبارات السلبية	
			سالبة	موجبة	سالبة	موجبة
البعد الأول	التوافق الشخصي	40	3	19	1	17
البعد الثاني	التوافق المدرسي	41	2	21	1	17
البعد الثالث	التوافق الأسري	42	-	22	2	18
البعد الرابع	التوافق الجسدي	41	-	2	3	36
المقياس ككل	التوافق النفسي	164	5	64	7	88
			69		95	

4- عرض المقياس بصورته الأولية على المحكمين

بعد الانتهاء من بناء الصورة الأولية لمقيـاس التوافق النفسي وضع في دفتر واحد مع مقياس الاضطرابات السلوكية، موضحاً فيه التعريفات الإجرائية لكل من التوافـق النفـسي وأبعـاده، وبعض المعلومات عن آلية تطبيق المقياسين والعينة التي من المتوقـع أن يطبقـان عليهـا . (انظر ملحق رقم " **6** ")

ومن ثم تم عرض المقياسان على أحد عشر محكماً، وهم مجموعة من الخبراء والمختصين إما في ميدان الصحة النفسية أو التأهيل . (انظر ملحق رقم " **6** ") ؛ بهدف تحديد مدى ملاءمـة التعريف الإجرائي لكل من المقياس والأبعاد الأربعة، وكذلك مـدى مناسـبة العبـارة لغويـاً وانتمائها للبعد، والاستفادة من ملاحظاتهم واقتراحاتهم .

وقد أكد عدد من المحكمين على ضرورة إعادة صياغة مجموعة كبيرة من العبارات وترتيـب موقع جملة منها داخل كل بعد وحذف جزء آخر من بينها ؛ نظـراً لعـدم وضـوح بعـضها،

والتداخل والتكرار بين بعضها الآخر . (والملحق رقم " **6** " يوضح ملاحظات المحكمين على عبارات المقياس)

5-تعديل المقياس وفقاً لآراء المحكمين

قامت الباحثة بعد عرض المقياس على المحكمين وجمع دفاتر التحكيم بدراسة لآراء الخبـــراء والمختصين (الذين قاموا بتحكيم المقياس) والتعرف على ملاحظـــاتهم واقتراحاتهم والكشف عن مدى الاتفـــاق بين آرائهم، ومن ثم عرجت للمقيـــاس فأجرت عليه جملة مـــن التعـــديلات المقترحة من قبل المحكمين)، حيث أعادت صياغة مجموعة من العبارات، وحذفت مجموعـــة أخرى ــ وذلك وفقاً لمدى الاتفاق بين آرائهم ــ وأصبح المقياس بعد ذلك يتكون من (142) عبارة .

وقد سعت الباحثة جاهدة لإيجاد حالة من الاتزان النسبي بين العبـــارات الإيجابيـــة والـــسلبية المكونة للمقياس ؛ ليكون أكثر كفاية وجودة في التصميـــم، فالتوازن بين العبـــارات الإيجابيـــة والسلبية أمر هام وضروري في كثير من مقاييس الشخصية والاتجاهات، وبالتالي فإنه ينبغـــي اختيار عدد متســـاوي من الفقرات الموجبة والسالبـــة بقدر الإمكان لتقليل تأثير التحيـــز فـــي الاستجابات على عبارات المقياس .

والجدول التالي يوضح عدد العبارات التي تم حذفها من كل بعد وكذلك توزيع العبارات السلبية والإيجابية على أبعاد المقياس الأربعة بعد التعديل :

جدول رقم (21)

الخصائص الوصفية لمقياس التوافق النفسي بعد إجراء التعديلات المقترحة من قبل المحكمين عليه

البعد	بيان البعد	العدد قبل التعديل	ما تم حذفه	العدد بعد التعديل	العبارات الإيجابية		العبارات السلبية	
					سالبة	موجبة	سالبة	موجبة
الأول	التوافق الشخصي	40	7	33	4	11	5	13
الثاني	التوافق المدرسي	41	6	35	2	16	5	13
الثالث	التوافق الأسري	42	5	37	2	16	4	15
الرابع	التوافق الجسدي	41	4	37	5	-	5	26
المقياس	**التوافق النفسي**	**164**	**22**	**142**	**13**	**43**	**19**	**67**
					56		**86**	

ولم يكن بالأمر اليسير إيجاد عبارات إيجابية في التوافق الشخصي تتلاءم وطبيعة المقياس والهدف منه، إلا أن الباحثة حاولت الوصول إلى حد مناسب من الاتزان بين العبارات السلبية والإيجابية .

6- تعليمات المقياس وإعداد الصورة النهائية قبيل بدء التطبيق على عينات الدراسة

لقد عملت الباحثة على إضافة بعض الاستفسارات العامة المتمثلة في جملة من البيانات الشخصية الأولية الخاصة بكل فرد من أفراد عينة الدراسة، وتشمل : تاريخ الميلاد والجنس، منطقة السكن، المرحلة الدراسية، الصف، نوع الإعاقة ودرجتها وسببها وتاريخ حدوثها، بحيث تساهم في توزيع أفراد العينة وفقاً لمتغيرات الدراسة، بالإضافة إلى جمع بعض المعلومات العامة عنهم . (انظر الملحق رقم " **8** ")

كما أدرجت في المقياس بعض التعليمات المحددة، حيث يسجل الطلاب إجاباتهم على عبارات المقياس تبعاً لموافقتهم أو رفضهم لمدى قدرة كل عبارة من عبارات المقياس على وصف حالتهم، وذلك على النحو التالي :

أ- إذا كانت العبارة تصف حالته بدرجة شديدة، يشير إلى " أوافق بشدة "

ب- إذا كانت العبارة تصف حالته بشكل عام ؛ يشير إلى " أوافق "

ت- إذا كانت العبارة تصف حالته أحياناً يشير إلى " ليس دائماً "

ث- إذا كانت العبارة لا تصف حالته يشير إلى " أرفض "

ج- إذا كانت العبارة لا تنطبق مطلقاً مع حالته يشير إلى " أرفض بشدة "

ويقوم كل من المشرف أو المدرس أو عضو فريق العمل بمساعدة الطلاب الصم والمكفوفين في تعبئة الاستبانة، وفهم عباراتها (بما يتناسب مع وضع كل منهم). (انظر الملحق رقم " **9** ")

7-القواعد الأساسية في عملية التطبيق :

وقد حرصت الباحثة خلال مراحل التطبيق الثلاثة (التجريبي، الاستطلاعي، الفعلي) على الالتزام بشروط البحث العلمي وقواعده عند تطبيق المقياس على عينة الدراسة، وذلك باتباع ما يأتي :

أ- بالنسبة للصم :

1) يقوم المشرف أو المدرس بتوضيح العبارات للطلاب الصم بلغة الإشارة، مع مراعاة عدم التأثير على آرائهم أو الإيحاء لهم بضرورة تدوين إجابة معينة .

2) يحدد الطالب رأيه ويساعده المدرس في تدوين الاستجابة التي تتوافق مع رأيه .

ب - بالنسبة للمكفوفين :

يمنح الطالب فرصة لقراءة العبارة بطريقة برايل (إن كان يتقن القراءة بها)، أو يقوم عـضو الفريق بقراءة العبارة للطالب بطريقة هادئة وواضحة تساعده على فهم مضمونهـا، دون أدنى محاولة منه للتأثير على استجابات الطلاب أو الإيحاء لهم بالاستجابة التي يميل إليها هو .

ت - بشكل عام :

1) يُشرح للطالب طريقة الإجابة على العبارات وتتاح له فرصة اختيار الاستجابة التي تتوافق مع حالته دون أدنى محاولة للتأثير عليه أو الإيحاء له بإجابة ما ؛ لضمان الوصول إلى أعلـى قدر من الموضوعية والدقة والسلامة في تطبيق المقياس .

2) يعطى الطالب وقتاً كافياً لتحديد إجاباته ــ فهو غير مقيد بوقت معين لـذلك ــ مـع عـدم إتاحة الفرصة له بالتمادي في الوقت دون ضرورة لذلك فليس هناك وقت محدد لا بد أن يلتزم فيه الجميع للإجابة على عبارات المقياس .

3) يُضرب مثالاً للطالب يوضح الطريقة التي يتبعها أثناء تسجيل إجاباته على العبارات.

4) التأكيد على ضرورة الإجابة على جميع عبارات المقياس دون استثناء .

5) الحـث على الالـتزام بتعليمات المقياس، وتحـري الصدق والموضوعية والدقة العلمية ؛ لضمان سلامة النتائج وموضوعيتها .

6) على الباحثة أن لا تستخدم نتائج الدراسـة إلا بهدف البحث العلمي فقط، وتـستند لقواعـد السرية، و قد عمدت الباحثة إلى ذلك من خلال استبدال أسماء الطلاب بأرقام خاصة لا يمكـن لأحد فهم دلالاتها سوى الباحثة ومن يقوم بتعبئة الاستبانة فقط .

8 - طريقة تصحيح المقياس

لقد استخدمت الباحثة مقياساً خماسي الأبعاد، حيث أنه وعند تقيـيم إجابـات الطـلاب علـى عبارات المقيـاس تعطى الدرجات (5، 4، 3، 2، 1) للبدائل (أوافق بشدة، أوافـق، لـيس دائماً، أرفض، أرفض بشدة) على الترتيب في حال كانت العبارات إيجابيـة، بينمـا تعطـى الدرجات (1، 2، 3، 4، 5) على الترتيب في حال كانت العبارات سلبية .

وعلى ذلك تكون الدرجة الكلية للاستبانة (710) هي أعلى درجة يمكن أن يحـصل عليهـا الطالب في استجاباته على عبـارات المقياس بصورته الثانيـة (المعدلة بعد التحكيم)، بينمـا تصبح هذه القيمة عند تطبيق المقياس بصورته الثالثة (690) درجة، أما في صورة المقياس النهائية فتصبح هذه الدرجة (370)، في حين تكون أقل درجة من الممكن أن يحصل عليهـا الطالب عند إجابته على جميع عبارات المقياس هي (142) درجة بالنسبة لصورة المقيـاس

الثانية، و(138) درجة بالنسبة لصورته الثالثة، أما النهائية فتصبح أدنى مستوى من التوافق النفسي يمكن أن يصل إليه الطالب (وفقاً لإجاباته على عبارات المقياس) هي (74) درجة.

9- تطبيق المقياس على عينة تجريبية (ما قبل الاستطلاعية)

قامت الباحثة باختيار عينة تجريبية (ما قبل الاستطلاعية) وطبقت عليها مقياس التوافق النفسي بصورته المعدلة بعد التحكيم والمكونة من (142) عبارة، وقد هدف هذا التطبيق إلى :

أ- التعرف على الوقت الذي تستغرقه عملية التطبيق .

ب- الكشف عن الصعوبات التي من الممكن أن تواجه عملية التطبيق .

ت- مدى وضوح العبارات .

ث- التعرف على ردود فعل الطلاب أثناء الإجابة على عبارات المقياس .

وقد اتضح من خلال هذه العملية أن المقياس يحتاج وقتاً طويلاً يزيد عن (45) دقيقة عند تطبيقه على الطلاب الصم في الصف الثالث الابتدائي، بينما يحتاج إلى ما يربو عن (20) دقيقة لتطبيقه على طلاب الصف التاسع، أما عند تطبيقه على المكفوفين فقد استغرق ما يزيد عن (35) دقيقة بالنسبة للصغار ونصف ذلك الوقت تقريباً بالنسبة للطلاب الكبار منهم .

هذا ووجد أن عملية التطبيق تحتاج جهداً كبيراً من المدرس (وخاصة عند تطبيقه على الطلاب الصم) ؛ لأن ذلك يستلزم منه توضيح العبارات التي هي عبارة عن ألفاظ مجردة ليس من السهل إيصالها للصم بلغة الإشارة .

ووفقاً لعملية التطبيق هذه تبين أن هناك ثمة ثلاث عبارات تمتاز فيما بينها إما بالتكرار أو عدم الوضوح (العبارة " 39 " من عبارات بعد التوافق الشخصي والعبارتين " 7، 8 " من بعد التوافق الجسدي)، ورابعة تمثلت في العبارة (41) من بعد التوافق الجسدي حيث تحدثت عن الرغبة في الانتحار وقد وجد أن ذلك يمكن أن يترك آثاراً سلبية لدى الطلاب أو ينبههم لأمور ــ الجميع في غنى عنها ــ، وعليه فقد ارتأت الباحثة حذف تلك العبارات الأربعة، ليصبح المقياس بعد ذلك مكوناً من (138) عبارة .

10 - عقد ورشة تدريبية

بعد الانتهاء من صياغة النسخة الثالثة لمقياس التوافق النفسي المكونة من (138) عبارة واختيار أعضاء فريق العمل والشعور بالحاجة الماسة للتعريف بآلية التطبيق السليمة لكل من مقياسي الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي وكيفية الوصول لأسلوب يضمن سهولة التطبيق في العينتين الاستطلاعية والفعلية، وللاقتراب أكثر من الصعوبات التي يمكن أن تواجه عملية التطبيق وإيجاد حلول للتقليل منها أو من الآثار التي قد تترتب عليها وتدريب أعضاء الفريق (الذي اختارته الباحثة ليساهم معها في تطبيق المقياس) على الخطوات الواجب اتباعها في تسجيل استجابات الطلاب وترتيب الأدوار المراد القيام بها سواء في عملية التطبيق أو تفريغ البيانات فيما بعد، تقرر عقد ورشة تدريبية تضم ثلة من المختصين في المؤسسات المستهدفة وأعضاء فريق العمل .

وفي نهاية الورشة تم اتخاذ مجموعة من القرارات كان أهمها:

أ- أن تقتصر الدراسة على الطلاب الذين تتراوح أعمارهم بين (9 ــ 16) سنة أي من مواليد ما بين عامي (1996- 1988م) .

ب- استثناء طلبة الصفين الأول والثاني الابتدائي، والتركيز على الطلبة الذين يدرسون في ما بين الصفين الثالث الابتدائي و الحادي عشر الثانوي .

ت- اختيار (50) طالباً وطالبة من الطلاب الصم والمكفوفين كعينة استطلاعية .

(انظر ملحق رقم " **7** ")

11-إجراء التجربة الاستطلاعية

طبق المقياس بصورته الثالثة (المكونة من (138) عبارة) على طلاب العينة الاستطلاعية – البالغ عدد أفرادها (50) طالب وطالبة من الصم والمكفوفين ــ ؛ بهدف دراسة السمات السيكومترية لهذا المقياس، والتعرف على ما ينبغي إجراءه من تعديلات عليه ليكون مقياساً ذا كفاءة عالية ودقة علمية، من شأنها أن تؤمن سلامة النتائج التي يمكن الحصول عليها عند استخدامه .

12- صدق وثبات المقياس

أ-صدق المقياس Validity : يعد الصدق من الخصائص الهامة التي لا بد من مراعاتها عند بناء أي مقياس، و المقياس الصادق هو ذلك المقياس القادر على قياس السمة أو الظاهرة التي وضع لأجلها . (الأغا والأستاذ، 2000)

وسعياً من الباحثة لإيجاد مقياساً للتوافق النفسي يختص بالأطفال الصم والمكفوفين يمتاز بالجودة والكفاءة العالية فقد عمدت إلى الكشف بعدة طرق عن مستوى صدق وثبات المقياس الذي قامت بإعداده ضمن هذه الدراسة، وتمثلت الطرق المستخدمة لقياس مستوى صدق المقياس فيما يأتي:

أ- صدق المحتوى

ويقصد به تمثيل العناصر التي تتضمنها أداة القياس للأبعاد المكونة للأداة ، مع تمثيل هذه الأبعاد للسمة أو الخاصية المراد قياسها . (الأغا والأستاذ، 2000: 105).

وللتحقق من تمتع مقياس التوافق النفسي بهذه الخاصية قامت الباحثة بعرض المقياس (في صورته الأولية) على أحد عشر محكماً، وذلك للتعرف على آرائهم في مدى انتماء عبارات المقياس لأبعاده (استناداً إلى التعريفات الإجرائية لكل من التوافق النفسي وأبعاده) ومناسبتها لغوياً وتسجيل أي تعديلات مقترحة، بالإضافة إلى آرائهم حول تلك التعريفات . (انظر ملحق " **6** ")

فذلك من شأنه الإشارة إلى القدر الذي يحظى به المقياس من الصدق، ذا الأثر البارز في منح الباحثة شعور بالأمان اتجاه المقياس وأبعاده وعباراته أثناء عملية التطبيق، وفي ضوء آراء المحكمين الأحد عشر قامت الباحثة بحساب تقديراتهم على كل عبارة من عبارات المقياس، فأعطت للموافقة على العبارة من حيث المناسبة اللغوية والانتماء للبعد (3) درجات، بينما أعطت لإجراء تعديل لغوي أو تصحيح إملائي (2.5) درجة في حين منحت ضرورة إعادة صياغة الفقرة درجتين، وصفراً لضرورة حذفها . (والملحق رقم " **6** " يوضح آراء المحكمين وفقاً لهذه التقديرات)

ثم حسب متوسط تقديرات آراء المحكمين لكل عبارة من عبارات المقياس كي تتمكن الباحثة من اتخاذ القرار المناسب من حيث مدى اتفاق المحكمين على صلاحيتها داخل البعد بشكل خاص والمقياس عموماً، ويتضح ذلك من خلال متوسط مجموع الدرجات التي حصلت عليها العبارة وفقاً لتلك التقديرات، فيتم حذفها في حال حصلت على أقل من (2.5) درجة أي ما نسبته أقل من (83%) . (انظر الملحق رقم " **6** ")

ب-صدق الاستحسان (الظاهري)

ومع أن هذا النوع من أنواع الصدق لا يتمتع بالدقة المطلوبة، إلا أن الباحثة لجأت إليه بهدف الاستئناس بعبارات المقياس .

فبعد أن عرضت المقياس على المحكمين وحذفت ما وجب حذفه من عبارات ارتأت أن تختار عينة تجريبية من بين الطلاب الصم والمكفوفين، وتعرض عليهم المقياس بصورته الثانية والمكونة من (142) عبارة، وأخذ آرائهم في صياغة العبارة ووضوحها، ومدى قدرة

العبارات على تصوير مشاعرهم واقترابها من واقعهم والزمن المستغرق للإجابة علـــى هـــذه العبارات وكذلك رأيهم في المقياس بشكل عام، وقد أبدى جميع أفراد العينة التجريبية (ما قبل الاستطلاعية) ارتياحاً ورضاً حول المقياس وعباراته، كما أبدوا تعاوناً واضحاً أثناء تـــسجيل استجاباتهم على عباراته، ولكن لا بد من الإشارة إلى أن هناك ثمة عبارات أربعة تـــم حـــذفها بعد هذا التطبيق، وذلك يرجع إلى التشابه بينها وبين عبارات أخرى داخل المقياس وكون أحد تلك العبارات لا تتمتع بقدر يتناسب معهم من حيث الوضوح، أما العبارة التـــي تحـــدثت عـــن الرغبة في الانتحار وجد أن من شـــأنها تنبيه الطلاب لأمور سلبية (الجميع في غنا عنهـــا)؛ ليصبح بذلك عدد عبارات المقياس (138) عبارة .

ولم يقف استنـــادها على آراء طلاب العينة التجريبية فقط، بل حاولت التعـــرف علـــى تلـــك الجوانب أثناء تطبيق المقياس على كل من العينتين الاستطلاعية والفعلية، وقد حصل المقيـــاس في صورته النهائية والمكونة من (74) عبارة على أفضل قدر من الرضـــى فهـــي بحجـــم منـــاسب لا يحتاج منهم إلى وقت وجهـــد كبير، وذلك على عكس ما كان الحـــال عليـــه فـــي الصورتين السابقتين حيث استنزفتا منهم وقتاً طويلاً دفع بصغار أفـــراد العينتـــين التجريبيـــة والاستطلاعية للشعور بالملل والعشوائية في الإجابـــة على أواخر عبارات المقياس ــ البعـــد الجسدي ــ مما أثر بشكل ما على درجة ثبات ذلك البعد وعباراته .

وكما تم حساب صدق مقياس التوافق النفسي كان لا بد من حساب ثباتـــه والـــذي يقـــصد بـــه الحصول على نفـــس النتائج تقريباً عند تكرار القيـــاس في نفس الظروف باستخدام المقيـــاس نفسه . (الأغا والأستاذ، 2000 : 108)

وبما أن كل مقيـــاس ثابت قد يكون صادق ولكن ليس من الضـــروري أن يكون كل مقيـــاس صادق ثابت فقد حرصـــت الباحثة على التأكد من ثبات المقياس بأكثر من طريقـــة ؛ لتطمـــئن وتستأنس بما سيتم الحصول عليه من نتائج باستخدامه (نظراً لكونه أول مقياس تقوم الباحثـــة بتصميمه على أساس علمي منظم)، وكانت تلك الطرق على النحو التالي :

أ- التطبيق وإعادة التطبيق

طبق المقياس بصورته الثانية على خمسة طلاب من الصم وسبعة مـــن المكفـــوفين (العينـــة التجريبية) وسجل رقم خاص لكل طالب منهم، وبعد ثلاثة أسابيع من التطبيـــق الأول أعيـــد التطبيق على نفس الطلاب ــ كأفراد تابعين للعينة الاستطلاعية ــ ومنحوا نفس الأرقام التـــي أعطيت لهم في المرة الأولى، ثم قامت الباحثة بحذف استجابات الطلاب على الأربع عبـــارات التي استثنيت من المقياس بصورته الثانية وقياس متوسط نسبة الاتفاق على عبارات كل بعـــد من أبعاده، وعند مقارنة استجابات الطلاب على عبارات المقياس خلال التطبيقين وقد وجـــد أن هذه النسبة كانت كالآتي :

جدول رقم (22)

متوسط نسبة الاتفاق بين استجابات أفراد العينة على مقياس التوافق النفسي في مرحلتي التطبيق وإعادة التطبيق

البعد	بيان البعد	عدد العبارات	متوسط نسبة الاتفاق
الأول	التوافق الشخصي	32	%95
الثاني	التوافق المدرسي	35	%95
الثالث	التوافق الأسري	37	%92
الرابع	التوافق الجسدي	34	%85

ب - التجزئة النصفية

بعــد أن قامت الباحثة بحذف جميع العبارات الغير دالة عند مستــوى دلالـــة (0.05) مـــن الصورة الثالثة للمقياس والمكونة من (138) عبارة، وبعد تطبيق الصورة النهائية منه علـــى عينـــة الدراسة الفعلية ــ قامت الباحثة بحســـاب التجزئة النصفية للمقيـــاس بصورته النهائية (والمكونة من (74) عبارة)؛ ليحقــق ثبات كلي (باستخدام حساب التجزئـــــة النـــصفية ومعالجتها بمعامل ارتباط " اسبيرمان براون ") بمقدار (0.63) درجة ــ فقد نـــال البعـــد الأول (0.69) درجة، أما البعد الثاني فقد حقق (0.91) درجة، بينما حصل البعــد الثالـــث على (0.75) درجة، أما الرابع فقد كانت درجة ثباته (0.81) درجة .

ومن المعلوم أن هذا المقياس طبق على عينتين مختلفتين من حيث العدد ونوع الإعاقة بـــشكل أساسي في مرحلة التطبيـــق الفعلي لها، وعند حساب ثبات المقياس لكلتا العينتـــين باســـتخدام هذه الطريقـــة وجد أن درجة ثباته لدى المكفوفيـــن هي (0.90) درجة، بينما حصلت علـــى (0.91) درجة لدى الصم .

ت - معامل ثبات ألفا كرنباخ

وبعد الانتهاء من تطبيق المقياس بصورته الثالثة على أفراد العينة الاستطلاعية تم حساب ثباته باستخدام معامل ثبات " ألفا كرنباخ "، وكانت الطريقة ونتائجها كالتالي :

1) استخدم معامل ارتباط " بيرسون " لتحديد مدى ارتباط عبـــارات المقيـــاس مـــع بعــضها البعض، ومدى ارتباط كل عبارة مع البعد وهو ما يسمى (بصدق الاتساق الداخلي) .

وبناء على حساب معامل الارتباط لتحديد مدى ارتباط العبارات بالدرجة الكلية للمقيـــاس تـــم حذف العبارات الغير دالة عند مستوى دلالة (0.01)، وهي على النحو التالي:

جدول رقم (23)

العبارات التي تم حذفها بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية

الرقم	البعد	عبارات تم حذفها
1	التوافق الشخصي	(1، 3، 8، 9، 10، 11، 14، 17، 18، 22، 24، 31)
2	التوافق المدرسي	(37، 38، 41، 43، 44، 46، 48، 51، 58، 59، 65)
3	التوافق الأسري	(70، 71، 72، 77، 81، 82، 84، 85، 86، 90، 97، 99، 102، 103)
4	التوافق الجسدي	(107، 109، 110، 118، 120، 122، 123، 124، 125، 133، 136، 137)
	الإجمالي	**49**

وبعد إجراء معامل الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية لكل بعد تم حذف العبـــارات : (6، 12، 19، 23، 28) من البعد الأول، ليصبح إجمالي عدد عباراته (15) عبارة.
أما البعد الثاني فقد تم حذف العبارات : (40، 42، 60، 66) ليتبقى من بين عباراته (20) عبارة .
بينما تم حذف العبارات (75، 83، 91) من البعد الثالث، ليتكون بصورته النهائية من (20) عبارة .
وأصبح البعد الرابع مكوناً من (19) عبارة، بعد حذف العبارات (117، 119، 126) .
والجدول التالي يوضح معامل ارتباط عبارات المقياس بصورته النهائية والـــذي حـــوى بـــين طياته جميع العبارات الدالة إحصائياً ، والمتمثلة في (74) عبارة :

جدول رقم (24)

معاملات الارتباط لعبارات مقياس التوافق النفسي بصورته النهائية

رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط	رقم العبارة	معامل الارتباط
1	0.68	0.26	69	51	0.58
2	0.35	0.27	69	52	0.65
3	0.46	0.28	77	53	0.54
4	0.58	0.29	59	54	0.77
5	0.54	0.30	39	55	0.41
6	0.45	0.31	60	56	0.53
7	0.55	0.32	50	57	0.56
8	0.52	0.33	65	58	0.68
9	0.39	0.34	62	59	0.49
10	0.69	0.35	57	60	0.47
11	0.74	0.36	61	61	0.54
12	0.51	0.37	46	62	0.67
13	0.63	0.38	67	63	0.34
14	0.44	0.39	69	64	0.52
15	0.51	0.40	47	65	0.71
16	0.63	0.41	59	66	0.50
17	0.53	0.42	72	67	0.43
18	0.49	0.43	46	68	0.61
19	0.78	0.44	61	69	0.36

20	0.47	0.45	53	70	0.46
21	0.60	0.46	57	71	0.45
22	0.54	0.47	67	72	0.40
23	0.37	0.48	61	73	0.46
24	0.59	0.49	31	74	0.32
25	0.71	0.50	62		

ومن الجدول السابق يتضح أن كافة العبارات التي حوتها الصورة النهائية للمقياس والبالغ عددها (74) عبارة تميزت بكونها تمثل تلك العبارات التي أمكن الاحتفاظ بها من بين عبارات الصورة الثالثة له (والمكونة من (138) عبارة)، حيث كانت جميع هذه العبارات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (ألفا=0.01) – والذي استنتج وفقاً للمعالجات الإحصائية لهذا المقياس (بعد أن تم تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية للدراسة وتقرر من خلالها حذف ما مجموعه (64) عبارة من عبارات تلك الصورة)، والجدول التالي يوضح توزيع تلك العبارات على أبعاد مقياس التوافق النفسي الأربعة :

جدول رقم (25)

أرقام العبارات الدالة في صورة مقياس التوافق النفسي الثالثة وتوزيعها على أبعاده

البعد	البعد	أرقام العبارات	المجموع
الأول	التوافق الشخصي	2، 4، 55، 7، 13، 15، 16، 20، 21، 25، 26، 27، 29، 30، 32	15
الثاني	التوافق المدرسي	33، 34، 35، 36، 39، 45، 47، 49، 50، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 61، 62، 63، 64، 67	20
الثالث	التوافق الأسري	68، 69، 73، 74، 76، 78، 79، 80، 87، 88، 89، 92، 93، 94، 95، 96، 98، 100، 101، 104	20
الرابع	التوافق الجسدي	105، 108، 111، 112، 113، 114، 115، 116، 121، 127، 128، 129، 130، 131، 132، 134، 135، 136، 138	19
المقياس	التوافق النفسي		74

وباستخدام معامل ثبات " كرنباخ ألفا " وجد أن مقياس التوافق النفسي تمتع بدرجة ثبات (0.85)، ويمكن توضيح درجة ثبات كل بعد على النحو التالي :

جدول رقم (26)

درجة ثبات أبعاد مقياس التوافق النفسي باستخدام معامل ثبات " كرنباخ ألفا "

المقياس	معامل الثبات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الأول	0.82	79.38	10.20

البعد الثاني	0.89	54.36	7.54
البعد الثالث	0.89	76.34	9.83
البعد الرابع	0.83	75.52	10.04
المقياس	0.85	219.82	24.86

وبعد تطبيق المقياس على عينة الدراسة الفعلية تم حساب معامل ألفا كرنباخ لكل مـــن عينتـــي الصم والمكفوفيـــن، والجدول التالي يوضح درجة ثبات المقياس بصورته النهائية المكونة من (74) عبارة باستخدام كل من معامل ألفا كرنباخ والتجزئة النـــصفية المعالجـــة باســـبيرمان براون، بعد تطبيقه على العينة الفعلية للدراسة (الصم، المكفوفين) كل على حدا :

جدول رقم (27)

درجة ثبات مقياس التوافق النفسي بصورته النهائية لكل من الأطفال الصم والمكفوفين

نوع الإعاقة	البعد	معامل ألفا كرنباخ	التجزئة النصفية
المكفوفين	الأول	0.60	0.58
	الثاني	0.83	0.76
	الثالث	0.86	0.85
	الرابع	0.75	0.60
الكلي	**الكلي**	**0.90**	**0.81**
الصم	الأول	0.69	0.57
	الثاني	0.84	0.75
	الثالث	0.83	0.82
	الرابع	0.84	0.85
	الكلي	**0.91**	**0.77**

خطوات إجراء الدراسة :

يمكن تلخيص الخطوات التي اتبعتها الباحثة في دراستها كالتالي :

1- الاطلاع على الأدب النفسي والتربوي والاستفادة من بعض المقاييس النفسية التي تتعلـــق بطبيعة متغيرات الدراسة .

2- جمع المادة النظرية المتعلقة بالإطار النظري والدراسات السابقة .

3- إعداد أدوات الدراسة .

4- تطبيق المقياس على عينتين (تجريبية واستطلاعية) والتحقق من الصفات الـــسيكومترية لأدوات الدراسة .

5- تطبيق أدوات الدراسة على عينتها الفعلية .

6- استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لاستخراج النتائج .

7- تحليل النتائج التي جمعت من خلال أدوات الدراسة بعد إدخالها في الحاسوب باستخدام برنامج Spss ومناقشة تلك النتائج في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري .

8- صياغة التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة .

الأساليب الإحصائية

استخدمت الباحثة عدد من الأساليب الإحصائية للإجابة على تساؤلات الدراسة بعد وصف متغيرات الدراسة وتشمل :

1) إحصاءات وصفية وتضم حساب المتوسط الحسابي والتباين والانحراف المعياري والتكرارات والنسب المئوية والوزن النسبي والدرجة الزائية .

2) اختبار " **T** " للعينات المستقلة . 3) اختبار تحليل التباين الثلاثي والرباعي .

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد :

ضمت الفصول السابقة بين طياتها كل ما تعلق بخلفية الدراسة والإطار النظري ذا المباحث الثلاثة الأساسية والمتضمنة لكل ما من شأنه المساهمة في بناء قاعدة علمية نظرية في ميدان الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي والإعاقة بنوعيها الصمم وكف البصر، وتبعها فصل الدراسات السابقة (وهو يعرض صورة مبسطة لما أمكن الباحثة التوصل إليه من جهود الباحثين الآخرين حول موضوعات الدراسة الحالية المختلفة)، ولتنطلق الباحثة بعد ذلك تبعاً لخطوات تسلسلية مرتبة فتنتقل تدريجياً من الجانب النظري إلى العملي الذي استهلته بفصل الطريقة والإجراءات فضم شرحاً لمجتمع وعينة الدراسة والمنهج المستخدم فيها والحديث المستفيض عن أدوات تطبيقها، ليأتي الدور في الفصل الحالي لعرض النتائج التي أسفرت عن هذه الدراسة ومناقشتها، بحيث استخدم البرنامج الإحصائي (SPSS) في تفريغ البيانات وإجراء المعالجات الإحصائية المناسبة وبالتالي إعطاء صورة عامة لتلك النتائج .

وقد تبين بعد تفريغ البيانات الخارجة عن عملية تطبيق أدوات الدراسة على أفراد عينتها الفعلية أن توزيع كل من المتغيرات المستقلة والتابعة فيما بينهم جاء على النحو التالي :

جدول رقم (28)

توزيع أفراد العينة على متغيرات الدراسة

المتغير		الصم	المكفوفين
منطقة السكن	الجنوب	69	39
	الشمال	47	47
المرحلة التعليمية	ابتدائي	93	56
	ما بعد الابتدائي	25	30
الجنس	ذكور	59	44
	إناث	59	42
درجة الإعاقة	جزئي	-	42
	كلي	-	44
الاضطراب	مضطربين	33	9
	غير مضطربين	81	22

وبالنسبة للمتغير التابع المتمثل في التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، المدرسـي، الأسـري، الجسدي) فقد تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل منهم وكانت لدى عينـة الأطفال المكفوفين كما يلي :

جدول رقم (29)

الإحصاءات الوصفية لمقياس التوافق النفسي عند المكفوفين

البيان	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**
البعد الأول	56.78	6.40
البعد الثاني	82.59	8.83
البعد الثالث	83.12	9.71
البعد الرابع	64.28	9.67
الدرجة الكلية	285.98	26 .08

أما لـدى الصم فقد بينت المعالجـات الإحصائية لمقياس التوافـق النفسي للأطفـال الـصم والمكفوفين بأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) أن المتوسط الحـسابي والانحراف المعياري كانا لهم كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (30)

الإحصاءات الوصفية لمقياس التوافق النفسي لدى الصم

البيان	المتوسط	الانحراف المعياري
البعد الأول	53.49	6.71
البعد الثاني	72.11	11.01
البعد الثالث	74.09	6.92
البعد الرابع	61.61	11.67
الدرجة الكلية	258.64	31.13

عرض نتائج التساؤل الأول ومناقشته

وينص على: "ما أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين" ؟

وللإجابة على هذا التساؤل من خلال الكشف عن أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين قامت الباحثة باستخدام البرنامج الإحصائي الإلكتروني (Spss) بهدف إجراء المعالجات الإحصائية على البيانات التي تم الحصول عليها بعد تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين ــ بأبعاده الثمانية ــ على عينتي الدراسة وحساب الدرجة الزائية التي أمكن من خلالها الحكم على وجود الاضطرابات السلوكية بشكلها العام أو أي من أبعادها لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين أو عدم وجودها، وذلك وفقاً للدرجة المحكية التي تم الحصول عليها كمعيار أساسي استناداً للمعادلة التالية :

الدرجة الخام = المتوسط الحسابي + الدرجة الزائية الجدولية × الانحراف المعياري

واعتمدت درجة زائية واحد فأكثر كحد أدنى للاضطراب السلوكي لدى أفراد العينة ــ وكما تم الإشارة أعلاه ــ فقد ضم مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين أبعاد ثمانية، لكل منها عدد محدد من العبارات بحيث شملت كل عبارة مستويات معينة، استند في تحديد درجة العبارة على أعلى تقييم حصل عليه أي منها والذي تراوح بين (0 ــ 6) .

ومن الجدير بالذكر أنه تم الفصل بين مقياس الاضطرابات السلوكية الخاص بكل من الصم والمكفوفين، مع أنه ليست هناك ثمة فروق بين المقياسين سوى ما عليه الحال فيما يتعلق بعبارات اضطراب التواصل والكلام (انظر ملحق رقم " **11** ")، وقد جرى على كل بعد من تلك الأبعاد ما أجري على المقياس الكامل من معالجات إحصائية، وذلك على النحو التالي:

البعد الأول : اضطراب المسلك

وتكون من ثلاث عبارات تمثلت في العدائية وعدم التعاون والمخادعة والتلاعب لكل منها ثلاث مستويات، وبعد إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة وحساب الدرجة الزائية للبعد اتضح أن هناك (36) أصم من بين أفراد عينة الصم لديهم اضطراب في المسلك وبمعنى آخر فإن هناك ما نسبته (30%) من الأطفال الصم قد يظهرون سلوكيات مضطربة من هذا النوع، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (31)

الإحصاءات الوصفية لبعد اضطراب المسلك لدى الصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
1-	41	%36	4.74 =المتوسط الحسابي
0	39	%35	4.05 =الانحراف المعياري
+1	24	%20	
+ 2	11	%9	
+3	1	%1	

أما الأطفال المكفوفين فقد كانت النسبة في هذا الجانب لديهم تعكس واقعاً أفضل إلى حد ما حيث ظهرت اضطرابات المسلك بمعدلها المحكي ــ درجة زائية واحدة فأكثر في الاتجاه الموجب ــ لدى (20) كفيفاً من بين أفراد مجتمع وعينة المكفوفين الفعلية، أي بنسبة وصلت إلى (24%)، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (32)

الإحصاءات الوصفية لبعد اضطراب المسلك لدى المكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
1-	35	%42	5.04 =المتوسط الحسابي
0	28	%34	4.62 =الانحراف المعياري
+1	15	%18	
+2	3	%4	
+3	2	%2	

البعد الثاني : الاكتئاب

وتكون هذا البعد ــ كسابقه ــ من ثلاث عبارات لكل منها ثلاث مستويات، وبعد حساب الدرجة الزائية لبيانات البعد الناجمة عن تطبيق المقياس على عينتي الصم والمكفوفين تبين أن هناك من بين الصم (29) أصم يعانون اكتئاباً وصل بهم إلى حد الاضطراب (حيث كانت

درجتهم الزائية واحدة فأكثر في الاتجاه الموجب) وبمعنى آخر فإن من بين الأطفال الصم ما نسبته (23%) يعانون اكتئاباً أو لديهم مظاهر اكتئابية (سواء اكتئاب المـــزاج أو الـــشعور بالنقص أو الانتحار) وصلت إلى الحد المميز لها كاضطراب، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (33)

الإحصاءات الوصفية لبعد الاكتئاب لدى الصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
1-	42	%37	3.25 = المتوسط الحسابي
0	46	%40	2.79 = الانحراف المعياري
1+	18	%15	
2+	7	%5	
3+	4	%3	

هذا وكان واقع الاكتئاب لدى الأطفال المكفوفين (وفقاً لذات المحك) يجسد صورة أفضل مما كان عليه الحال لدى الصم فبلغ عدد المكتئبين (11) كفيفاً أي ما نسبته (19%) مـن بـين أفراد مجتمع وعينة الدراسة من المكفوفين، ولكن لا بد من الإشارة إلى أن من بينهم من أظهر ميلاً حاداً نحو الانتحار بمستوياته الثلاث المتمثلة في التفكير والتهديد والمحاولة (وفقاً لنتـائج الملاحظة)، فقد أعطي الملاحظين ثلاثة من طلاب المرحلة الابتدائية التقدير (6) وهو مـا يدل على ظهور المستوى بدرجة شديدة جداً في تقيـيم جميـع المـستويات المتعلقـة بعبـارة الانتحار، ولم يظهر ذلك لدى الصم ــ بحمد الله ــ، مما يؤكد على أن الانخفاض في النسبة قد لا يعطي تصوراً لطبيعة وشدة المعاناة من الاكتئاب كاضطراب يمكن أن يلقي بالطفـل بـين أنياب الصراع والشعور بالألم الذي قد يدفعه لتلك المحـاولات غير آبه بما قـد يـنجم عنهـا خاصة مع صغر سنه، وهذا بالضرورة لا بد أن يسترعي اهتمام كل من المحيطين بالأطفـال المكفوفين والباحثين في ميدان الاضطرابات السلوكية على حد سواء، وذلك للكشف عن أسبابه ومعالجتها أو التخفيف من أثرها؛ لكي لا يقع الانتحار من سلوكهم ذلك الموقع، كما أنه بـات من المؤكـد ضرورة أن يبرز دور المرشدين التربويين والتركيز على التوعية الدينية للأطفال (مع أنها مطلوبة في كل حين ولكل فرد)، والجدول التالي يوضح مـدى انتـشار الاكتئـاب كاضطراب ــ وفقاً للدرجة المحكية المعتمدة ــ لدى أفراد عينة المكفوفين :

جدول رقم (34)

الإحصاءات الوصفية لبعد الاكتئاب لدى المكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-1	21	%38	3.16 = المتوسط الحسابي
0	24	%43	3.53= الانحراف المعياري
+1	7	%13	
+2	2	%3	
+3	2	%3	

البعد الثالث : اضطراب التفكير

وجسد هذا البعد من خلال ثلاث عبارات تم التعامل معها كالبعدين السابقين، وتبعاً لذلك تبـين بعد الكشف عمن حصل عل درجة زائية واحدة في الاتجاه الموجب فأكثر أن هناك ثمة (34) أصم من بين أفراد عينة الصم لديهم مظهر أو أكثر من مظاهر اضطرابات التفكير، أي أنه قد يبدوا لدى الأطفال الصم بما نسبته (29%)، والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (35)

الإحصاءات الوصفية لبعد اضطراب التفكير لدى الصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات

-1	49	%39	2.66 = المتوسط الحسابي 2.91= الانحراف المعياري
0	33	%27	
+1	24	%19	
+2	8	%7	
+3	2	%3	

في حين وصلت نسبة المعاناة من هذا الاضطراب أو أي من مظاهره (الهلاوس، الهــذاءات، التخيلات الغريبة) لدى الأطفال المكفوفين (15%)، حيث كان عدد أفراد مجتمــع وعينــة الدراسة من المكفوفين الذين يعانون منه (12) كفيفاً، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (36)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب التفكير لدى المكفوفين

الدرجة الزائية	**العدد**	**النسبة**	**ملاحظات**
-1	23	%29	2.95 = المتوسط الحسابي 3.93 = الانحراف المعياري
0	43	%53	
+1	6	%8	
+2	2	%2	
+3	4	%5	

البعد الرابع : النشاط الزائد

ومثل في مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين بعبارتين لكل منهما ثــلاث مستويات، وتبعاً للمعالجة الإحصائية لتقــديرات الملاحظــين حــول مــستوى ظهــور هــذا الاضطراب لدى أفراد عينتي الصم والمكفوفين وحساب الدرجة الزائية واعتماد درجة زائيــة واحدة موجبة فأكثر كمحك للاضطراب، اتضح أن هناك (38) أصم يعانون منه فشكلوا مــا نسبته (30%) من بين أفراد عينة الصم، والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (37)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب النشاط الزائد بالنسبة للصم

الدرجة الزائية	**العدد**	**النسبة**	**ملاحظات**
-2	3	%2	5.06 = المتوسط الحسابي 3.33= الانحراف المعياري
-1	44	%35	
0	32	%26	
+1	28	%22	
+2	9	%7	

+3	1	%1	

وما حال المكفوفين بأفضل من الصم، فقد بلغت نسبة ظهور هذا الاضطراب لديهم النسبة ذاتها لدى الصم، حيث بلغ عدد المكفوفين الذين يعانون من اضطراب النشاط الزائد سواء بفرط النشاط أو اللهو والسرحان أو كلا النمطين (6) مكفوف . والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (38)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب النشاط الزائد بالنسبة للمكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-2	5	%6	4.56 = المتوسط الحسابي 2.58 = الانحراف المعياري
-1	19	%22	
0	36	%42	
+1	20	%23	
+2	4	%4	
+3	2	%3	

البعد الخامس : الانسحاب الانفعالي

ولهذا البعد العبارات ذاتها لدى كل من الصم والمكفوفين، فضم ثلاث عبارات لكل منها مستويات ثلاث، وقد أثبتت المعالجات الإحصائية أن هناك (35) أصم من بين أفراد عينة الصم يعانون من اضطراب الانسحاب الانفعالي (حيث وصلت درجة بياناتهم الزائية (1) فأكثر)، وذلك يعني أن نسبة انتشاره في وسط الأطفال الصم يمكن أن تصل إلى (29%). والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (39)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب الانسحاب الانفعالي لدى الصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-2	2	%2	6.10 = المتوسط الحسابي 4.18 = الانحراف المعياري
-1	39	%31	
0	41	%33	
+1	22	%18	

	%11	13	+2

وفيما يتعلق بالمكفوفين، فقد كان ما نسبته (28%) من بين أفراد المجتمع والعينة يعانون نمطاً أو أكثر من أنماط هذا الاضطراب (التي ضمها مقياس الاضطرابات السلوكية)، حيث تبين أن (23) مكفوفاً يعانون منه . والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (40)

الإحصاءات الوصفية للانسحاب الانفعالي بالنسبة للمكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-2	4	%5	5.77 = المتوسط الحسابي
-1	21	%25	4.03= الانحراف المعياري
0	31	%37	
+1	17	%20	
+2	3	%4	
+3	3	%4	

البعد السادس : القلق

وتكون هذا البعد من أربع عبارات لكل منها ثلاث مستويات (وهي ذاتها لدى الصم والمكفوفين)، وبعد انتهاء مرحلة تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية على أفراد العينتين وإخضاع البيانات الناتجة عنه لما يلزم من معالجات إحصائية وتحديد الأطفال الذين ساوت درجتهم الزائية (1) فأكثر، اتضح أن (32) أصم يعانون من القلق لحد يصل إلى درجة الاضطراب، مما أوصل نسبة انتشاره بينهم إلى (26%)، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (41)

الإحصاءات الوصفية للقلق عند الصم

الدرجة الزائية	العدد	**النسبة**	**ملاحظات**
-2	1	%1	6.81 = المتوسط الحسابي
-1	44	%35	4.18 = الانحراف المعياري

0	40	%32	
+1	20	%16	
+2	10	%8	
+3	2	%2	

ولم يكن حال الأطفال المكفوفين بأفضل من أقرانهم الصم، فقد حصد اضطراب القلق ما نسبته (26%) من أفراد مجتمع وعينة المكفوفين، حيث كان عدد الذين يعانون من القلق كاضطراب فيما بينهم هو (9) مكفوفين . والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (42)

الإحصاءات الوصفية للقلق عند المكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-1	13	%38	5.53 = المتوسط الحسابي
0	12	%35	5.03 = الانحراف المعياري
+1	7	%20	
+2	2	%6	

البعد السابع : اضطرابات التواصل والكلام

وقد جسدت عبارات هذا البعد بؤرة الاختلاف الأساسية والمركزية الوحيدة بين كل من مقياسي الاضطرابـــات السلوكية الخاص بالصم وذلك الخـــاص بالمكفوفين ــ مع أن طريقـــة عـــلاج البيانات التي تم الحصول عليها من خلال تلك العبارات كانت واحدة، فتم التعامل معها في كلا المقياسين كباقي عبارات المقياس الأخرى ــ ،حيث تكونت لدى الصم من ثلاث عبارات لكـــل منها ثلاث مستويات تصف إما اضطراب أسلوب التواصل أو انخفاض مـــستواه أو انخفـــاض المشاركة مع الآخرين، وباعتمـــاد درجة زائية واحدة فأكثر في الاتجـــاه الموجب ــ كمحـــك لوجود الاضطراب ــ اتضح أن هناك (34) أصم من بين أفراد عينة الصم الفعلية يعـــانون اضطراباً من هذا النوع، وذلك يؤكد على أن نسبة انتشاره لدى الصم قد تصل إلـــى (29%) والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (43)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب التواصل بالنسبة للصم

العدد	الدرجة الزائية	النسبة	ملاحظات
-2	4	%4	4.71 = المتوسط الحسابي
-1	36	%29	3.98 = الانحراف المعياري
0	42	%38	

+1	22	%19	
+2	11	%9	
+3	1	%1	

بينما لم يكن بناء هذا البعد لدى المكفوفين كما كان عليه عند الصم، فقد ضم ثلاث عبارات جديدة تعبر عن اضطراب الكلام، إضافة إلى الإبقاء على العبارات الخاصة باضطراب التواصل بالنسبة للصم مع استثناء بعضاً من مستوياتها(المتعلقة بلغة الإشارة)، فأبقي على مستويين في أول عبارتين ومستوى وحيد في العبارة الثالثة . وبحساب الدرجة الزائية لبيانات البعد واعتماد درجة زائية موجبة واحدة فأكثر لتحديد الأطفال المضطربين، تبين أن من بين أفراد مجتمع وعينة المكفوفين (20) كفيف يعانون من اضطرابات في التواصل والكلام، أي بما نسبته (25%) . والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (44)

الإحصاءات الوصفية لاضطرابات التواصل والكلام عند المكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-2	2	%2	11.14 = المتوسط الحسابي
-1	27	%31	6.54 = الانحراف المعياري
0	36	%42	
+1	14	%17	
+2	3	%4	
+3	3	%4	

البعد الثامن : اللازمات العصبية

وهو يمثل آخر أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية، ويتكون من عبارة واحدة ذات مستويات ثلاث تم التعامل معها كباقي مستويات عبارات أبعاد المقياس الأخرى وبحساب الدرجة الزائية لبياناتها وجد أن عدد الأطفال الصم الذين وصلت تلك الدرجة لديهم (1) فأكثر، وبالتالي تبدو اللازمات العصبية عندهم كاضطراب هو (40) أصم، أي ما نسبته (32%) من إجمالي أفراد عينتهم، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (45)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب اللازمات العصبية عند الصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
-1	38	%32	2.71 = المتوسط الحسابي
0	39	%33	2.02= الانحراف المعياري

+1	34	%27	
+2	5	%4	
+3	1	%1	

وبالنسبة للمكفوفين فقد ظهرت اللازمات العصبية كاضطراب لـدى (27) كفيـف، أي مـا نسبته (32%) من الأطفال المكفوفين الذين استهدفتهم الدراسة الحاليـة، والجـدول التـالي يوضح ذلك.

جدول رقم (46)

الإحصاءات الوصفية لاضطراب اللازمات العصبية لدى المكفوفين

العدد	الدرجة الزائية	النسبة	ملاحظات
-1	36	%43	1.94 = المتوسط الحسابي
0	21	%25	1.82= الانحراف المعياري
+1	21	%25	
+2	5	%6	
+3	1	%1	

وبعد أن كشف النقاب عن واقع كل بعد على حدا من أبعاد مقيـاس الاضـطرابات الـسلوكية للأطفال الصم والمكفوفين عمدت الباحثة إلى حساب الدرجة الزائيـة لمقيـاس الاضـطرابات السلوكية الخاص بالصم (بغض النظر عن أبعاده)، وجـد أن هنـاك (33) أصـم يمكـن اعتبارهم أطفالاً مضطربين سلوكياً، وذلك يشكل ما نسبته (27%) من إجمالي أفـرد عينـة الصم، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (47)

الإحصاءات الوصفية لمقياس الاضطرابات السلوكية الخاص بالصم

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
2-	4	%4	104.70= المتوسط الحسابي
1-	37	%31	53.85 = الانحراف المعياري
0	40	%34	
1+	21	%17	
2+	11	%9	
3+	1	%1	

أما بالنسبة للأطفال المكفوفين فقد تبين أن ما نسبته (28%) من بين أفراد مجتمع وعينة الدراسة من الأطفال المكفوفين يمكن اعتبارهم مضطربين سلوكياً، حيث أثبت بحساب الدرجة الزائية والاستناد لما يزيد منها عن (1) فأكثر، أن تسعة منهم يعتبرون مضطربين (وفقاً لنتائج الأساليب الإحصائية المتبعة لتحديد ذلك) . والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (48)

الإحصاءات الوصفية لمقياس الاضطرابات السلوكية الخاص بالمكفوفين

الدرجة الزائية	العدد	النسبة	ملاحظات
1-	11	%35	166.70 = المتوسط الحسابي
0	11	%35	74.95 = الانحراف المعياري
1+	6	%19	
2+	2	%6	
3+	1	%3	

واستناداً لما تم عرضه فيما يتعلق بمدى انتشار كل اضطراب من بين الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين، وما عليه الحال بالنسبة لمدى انتشار الاضطرابات السلوكية بشكلها العام لديهم، وسعياً لوضع تصور واضح ودقيق يمكن من خلاله الكشف بشكل ميسر عن أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين كان من الضروري تلخيص النتائج الإحصائية السابقة وإجمالها على نحو يتسم بالإيجاز والشمول، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (49)

تلخيص موجز لواقع الاضطرابات السلوكية وأبعادها لدى الأطفال الصم والمكفوفين

البعد	بيان البعد	الصم		المكفوفين	
		العدد	النسبة	العدد	النسبة
الأول	اضطراب المسلك	36	%30	20	%24
الثاني	الاكتئاب	29	%23	11	%19
الثالث	اضطراب التفكير	34	%29	12	%15
الرابع	النشاط الزائد	38	%30	26	%30
الخامس	الانسحاب الانفعالي	35	%29	23	%28
السادس	القلق	32	%26	9	%26
السابع	اضطرابات التواصل والكلام	34	%29	20	%25
الثامن	اللازمات العصبية	40	%32	27	%32
المقياس	الاضطرابات السلوكية	33	%27	9	%28

وبتأمل نتائج المعالجات الإحصائية للبيانات الناجمة عن عملية تطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية بنسختيه الخاصة بالصم والخاصة بالمكفوفين بإطارهما العام وكل بعد من أبعادهما على نحو خاص، وتفحصها مع شيء من التحليل المنطقي لها يتبين أن مدى ظهور أي من الاضطرابات السلوكية لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين لا يختلف كثيراً فيما بينهما، ويمكن أن يرجع ذلك إلى كون واقع المكفوفين يشبه إلى حد كبير ما عليه الحال لدى الصم، فكلاهما لديه إعاقة ذات طابع حسي ويتلقى التعليم في مؤسسات خاصة ويعاني من اتصال مبتور مع البيئة من حوله (مع التأكيد على طبيعة الآثار الاجتماعية ــ الاتصال اللغوي ــ المترتبة على الإصابة بالصمم)، ولذا فقد اشتركا إلى حد كبير في مدى ظهور أي من أشكال الاضطرابات السلوكية لديهما مع الاختلاف المحدود فيما بينهما، والتأكيد على أن جميع أشكال تلك الاضطرابات السلوكية قد يكون لها تأثيرها البارز على سلوك الأطفال الصم والمكفوفين وهذا ما أيدته دراسة (وريكات والشحروري، 1996) ــ بالنسبة للمكفوفين ــ حيث أشارت إلى أن أبرز المشكلات السلوكية الحادة التي تظهر لدى الطلبة المكفوفين تمثلت في الحساسية الزائدة والسلوك الاعتمادي والشرود والتشتت والتشكيك والشعور بالقلق والسلوك النزق والمتخاذل والانسحاب من المشاركة الاجتماعية، وهي في جملتها اضطرابات ضمتها معظم أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين .

وقد ثبت أن اللازمات العصبية تتصدر لائحة أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كل منهما على حد سواء، ويمكن أن يعزى ذلك إلى أن محاولات الطفل الأصم لتعويض شعوره بالنقص

الناجم عن قصور اتصاله السمعي بالآخرين وبالتالي محدودية قدرته على فهم وتفهــم العـــالم المحيط به قد يكون السبب الفعلي الذي يقف من وراء الارتفاع الحاد والواضـــح فـــي مـــدى انتشار اللازمات العصبية بين الأطفال الصم ؛ ظنناً منهم أنها قد تعمل على تعويض إحساسهم بمشاعر العجز والنقص والألم، وخاصة لأنها ربما كانت تشكل في سنوات مـــيلادهم الأولـــى وسيلة لتلبية احتياجاتهم وإشباع رغباتهم النفسية والفسيولوجية على نحو مقبول اجتماعياً، وهذا ما أكده كل من (شعبان وتيم، 1999 : 141-142)، كما أنه ما كان استمرار ظهور ذلـــك السلوك على نحو مضطرب لدى الأطفال الصم سوى أنهم على الأغلب لم يمنحوا ذاك القـــدر الملائم من الحب والأمان النفسي ــ الذي قلّما يشعرون به في ظل ما يحيط بهم من ضغوط ــ ومع ما يمكن أن يعانيه الطفل الكفيف من مشاعر سلبية ــ كأقرانه الصم ــ فـــإن محاولاتـــه اكتشاف الفراغ المحيط به والبحث عن مأمن يحميه من الأخطار التـــي لا يمكنـــه الاســـتدلال عليها بسهولة ؛ لفقده الاتصال البصري مع مكونات البيئة من حوله، لها دورها الجلـــي فـــي التأثير على سلوكه ومعاناته من اللازمات العصبية حتى أنها التصقت بهـــم (فـــالبعض مـــن المختصين يطلق عليها اسم " لازمات العمى ")، واعتبر (زهران، 1995 :481) أن الصمم والعمى هما أحد أبرز أسباب ظهورها لدى الأطفال .

كمـــا وأكدت النتائج علـــى أن اضطراب النشاط الزائد احتـــل أيـــضاً موقعـــاً متميـــزاً بـــين الاضطرابات السلوكية لدى كل من الصم والمكفوفين، وقد يعزى التفوق البارز له إلى ســـعي الأطفال المكفوفين للتعرف عما يدور حولهم من أحداث ؛ فتراهم يبحثون عن تفسير لكل مـــا يسمعونه أو يشعرون به من خلال حواسهم الأخرى ويكثرون من تساؤلاتهم ومقاطعة الآخرين وتحريك كل ما تصل إليه أيديهم ويحاولون التحرك ضمن الفراغ الآمن بالنسبة لهم ــ وغالبـــاً ما يبدوا ذلك في سنوات المدرسة الأولى على نحو كبير ــ ولهذا فإن التباين الملحوظ في عدد أفراد عينة المكفوفين من طلاب المرحلة الابتدائية قد يكون سبباً لتبوء اضطراب النشاط الزائد ذلك المكان، وقد جاءت دراسة كل من (وريكات والشحروري، 1996) مؤيدة بشكل واضح لذلك، فأثبتت بأن هذا الاضطراب يشيع ظهوره لدى الأطفال دون سن الثانية عشر سنة (وهو السن المعتاد لطلبة المرحلة الابتدائية).

وبالنسبة للأطفال الصم فإنهم ما إن يتمكنون من التسامي عن إظهـــار الحركـــات النكوصـــية المسماة باللازمات العصبية ترى أكثرهم يسعون بشكل ملحوظ لا شعوري لكسر جدار العزلـــة الذي تضربه الإعاقة نحوهم، فيحولون الصمت المطبق لحركة دؤوبة ونشيطة غالباً ما تزيـــد عن الحد المقبول فتصبح مصدر إزعاج للمحيط واضطراباً يوسم سلوكهم ويحاولون من خلاله جذب انتباه الآخرين إليهم، وكطريقة لا مباشرة يستخدمها الطفل الأصم لتفريغ طاقاته الكامنـــة

وإشباع رغباته، مع أن (سليمان، 1998 : 123) اعتبر اضطراب النشاط الزائد عرضاً من أعراض القصور السمعي (الصمم) .

ولمحاولات الطفل الأصم المستمرة فرض ذاته على العالم المحيط به وتحطيم مشاعر الخـوف الذي يهدد قدرته على تعزيز ثقته بنفسه وإثبات وجوده ضمن المجتمع، تراه يـستخدم أسـاليب عنيفة في التفاعل مع بيئته، ويبدي نمطاً من العدائية أو عدم التعاون أو المخادعة والتلاعـب ؛ ليكون أكثر تأثيراً في تلك البيئة، ويعتبر هذه الأساليب المضطربة حلاً بـديلاً عـن النـشاط الزائد، ولذا فقد سكن كل من النشاط الزائد واضطراب المسلك المنزل ذاته بين الاضـطرابات السلوكية لديهم وكانت نسبة انتشارها لدى أفراد عينة الصم هي ذاتها . إلا أن بعضاً منهم قـد يؤثر المعيشة منعزلاً أو منسحباً بانفعالاته عن محيطه الاجتماعي وهذا ما أكـده " بـرداي "، وأشـار " Gregory " إلى أنهم أكثـر ميلاً للانطوائيـة والانسحابية من الحياة والهروب من تحمل المسئولية والعزلة الاجتماعية من أقرانهم السامعين . (أحمد، 1978 :12)

وليس الأطفال المكفوفين بأحسن حالاً من أقرانهم الصم ــ فيما يتعلق باضطراب الانـسحاب الانفعالي ــ ، فقد اعتبر من أبرز الاضطرابات السلوكية لدى كلاهما حيث احتل موقعاً متقدماً بين جملة تلك الاضطرابات التي تضمنها مقياس الاضـطرابات الـسلوكية للأطفـال الـصم والمكفوفين، وتجدر الإشارة إلى أنه يعتبر من أكثر أشكال الاضطراب السلوكي تـأثيراً علـى شخصية الطفل الأصم بشكل خاص (إن كان لأي منها تأثير ما) ويؤكد ذلك ما توصلت إليـه دراسة (الكاشف، 2004) .

ولا بد من الإشارة إلى أن اضطرابات التواصل احتلت ذات الموقع الـذي تبـوءه الانـسحاب الانفعالي لدى الأطفال الصم، وما ذلك إلا دلالة على أن أي مظهر من مظـاهر اضـطرابات التواصل يمكن أن يكون ظهوره ناجماً عن عدم كفاية طرق الاتصال التي يـستخدمها الطفـل الأصم في عملية التفاعل مع مجتمعه، وقد أثبتت دراسة كل مـن (Lily Brunschwig & Pinter: 1978) أن استخدام طريقة الشفاه في التواصل ذات فاعلية أفضل مما يكون عليـه الحال عند استخدام الأطفال الصم للغة الإشارة التي تعتبر لغة الـتعلم الأساسـية والمركزيـة المتبعة في مؤسسات الصم بقطاع غزة، والذي قد يكون سبباً محورياً في تبـوأ اضـطرابات التواصل ذاك الموقع البارز بين اضطرابات السلوك عند الأطفال الصم .

وما كان حال اضطرابات التفكير لدى الأطفال الصم من اضـطراب الانـسحاب الانفعـالي واضطرابات التواصل ببعيد، فقد شاركتهما في المنزلة بين باقي الاضطرابات السلوكية، وقـد يرجع ذلك لمحاولات الطفل الأصم رسم عالم خاص به يساعده على جسر الهوة بينـه وبـين العالم الحقيقي المحيط به، وبالتالي يمكن أن يساهم ذلك في خفض حـدة التـوتر والـصراع النفسي الذي قد تتسبب إعاقته في ارتفاع مستواه ؛ لحدها من قدرة الطفل الأصم على التواصل

السليم والطبيعي مع الناس المحيطين به ولجوءه لطرق اتصال بديلة قد تحقق جزءاً يسيراً من أهدافه . وما التدني الواضح في مستوى القلق لدى الطفل الأصم إلا ليقينه أنه يمكن أن يتسبب في زيادة شعوره بالعزلة ونفور الآخرين منه، ولعل كل من اضطرابي القلق والاكتئاب لهمــا علاقة وثيقة مع بعضهما البعض فكل منهما قد يكون سبباً لظهور الآخر، هــذا ويعــد ســعي الأطفال الصم المستمر للمشاركة والاندماج مع أقرانهم في تلك المؤسسات التي تهــتم بتــوفير رعاية خاصة لهم يجعل من معاناتهم من الاكتئاب أمراً محدوداً للغاية .

وقد كان لاضطراب القلق لدى الأطفال المكفوفين موقعه المتوسط بين جملــة الاضــطرابات السلوكية، مع أن العديد من الدراسات أكدت أنه قد يكون سبباً رئيسياً مــن أســباب ظهــور الاضطرابات السلوكية الأخرى .

وما الارتفاع النسبي في مستوى معاناة الأطفال المكفوفين من اضطرابات التواصل والكلام إلا نتيجة فقد قدرتهم البصرية والتي تعتبر أحد معززات اكتساب اللغة السليمة والاتصال الفعــال مع المحيطين، حيث تشكل لغة الجسد Body language أحد طرق الاتصال الأساسية وقــد تكون أبلغ في التعبير من الاتصال اللفظي .

ولم تكن اضطرابات المسلك وكل من الاكتئاب واضطراب التفكير من الاضطرابات الــسلوكية المعدومة لدى الأطفال المكفوفين، إلا أنها لم تكن ظاهرة لحد كبير لديهم (مــع العلــم بأنهــا احتلت مواقع متفاوتة من حيث نسبة انتشارها مقارنة ببعضها البعض) .

وذلك يرجع بالطبع لمحاولات المكفوفين المستمرة لضرب مهادنة مع العالم المحــيط وإبــراز الصور المشرقة من سلوكه والسعي المستمر للمشاركة الاجتماعية وإضاءة الظلام المحيط بــه من خلال احتكاكه المستمر بالعالم من حوله وتجنب اعتزاله، أو والبعد كل البعد عــن شــغل تفكيره بأي شيء قد يساهم في زيادة شــعوره بالعزلــة الاجتماعيــة والارتبــاط الملمــوس والمحسوس مع العالم والتخلي عن الخيال الذي عجز عن إدراك الصور المرئية التي حواهــا ذاك العالم .

وتجدر الإشارة إلى أن ما توصلت إليه الدراسة الحالية فيمــا يتعلــق بالكــشف عــن أبــرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين من نتائج يختلف في واقعه عما أشارت إليه دراسة أجراها (برنامج غزة للصحة النفسية، 2001) على مجموعة من المترددين على البرنامج بشكل عام، حيث أوضحت بأن الاكتئاب هو أكثر تلك الاضطرابات انتــشاراً ويليــه القلق فاضطراب المسلك أو التصرف ثم اضطرابات التواصل والكلام فالانــسحاب الانفعــالي وتلاه اضطراب التفكير، وقد شكل كل من النشاط الزائــد واللازمــات العــصبية أقــل تلــك الاضطرابات انتشاراً بينهم (وذلك بعد فرزها من بين مجموعة كبيرة من الاضطرابات التــي حاولت الدراسة قياس مدى انتشارها) .

عرض نتائج التساؤل الثاني ومناقشتها

وينص على : "ما مدى الاختلاف في مستوى التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والمكفوفين بين المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين" ؟

وقد انبثق عن هذا التساؤل جملة من الفروض الفرعيـة استخدم للتحقق من صحتها اختبار T للدرجة الكلية لكل من مستوى التوافق النفسي وأبعاده الأربعة **للأطفال الصم** من جهة ودرجات الاضطرابات السلوكية بشكل عام من جهة أخرى، فكانت الفروض المنبثقة عن هذا التساؤل على النحو التالي:

1) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

ويتضح من الجدول رقم (50) أن قيمة T المحسوبة تساوي (3.60) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 مما يؤكد عدم صحة هذا الفرض حيث وجدت فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين لصالح غير المضطربين .

جدول رقم (50)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	25	248.84	27.50	3.60	73	0.001
غير مضطرب	50	274.20	31.07			

2) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

والجدول التالي يوضح أن قيمة T المحسوبة تساوي (2.227) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 ولهذا فقد ثبت عدم صحة الفرض لوجود فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين لصالح غير المضطربين .

جدول رقم (51)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	43	52.26	6.42	2.227	109	0.028
غير مضطرب	68	55.14	6.94			

3) لا توجد فروق دالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

وقد أثبتت المعالجات الإحصائية أن قيمة T المحسوبة تساوي (3.292)وهي أكبر من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 ، وبالتالي فإن الفرض غير صحيح ؛ لأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين لصالح غير المضطربين، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (52)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	41	68.85	9.82	3.292	100	0.001
غير مضطرب	61	75.67	11.17			

4) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

بينت نتائج المعالجات الإحصائية لاستجابات الأطفال الصم على عبارات بعد التوافق الأسري أن قيمة T المحسوبة تساوي (2.610) وهي أكبر من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05، مما يشير لعدم تحقق الفرض وذلك لوجود فروق واضحة ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين لصالح غير المضطربين، والجدول التالي يعطي بياناً لها .

جدول رقم (53)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري عند الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	36	71.64	9.89	2.610	93	0.011
غير مضطرب	59	77.53	11.82			

5) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

يشير الجدول التالي إلى أن قيمة T المحسوبة تساوي (3.973)وهي أكبر من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05، وذلك يثبت عدم صحة الفرض فهناك فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي بين الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين لصالح غير المضطربين .

جدول رقم (54)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي عند الأطفال الصم المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	33	58.05	12.11	3.973	92	0.000
غير مضطرب	61	67.42	8.21			

وعلى خلاف ما كانت عليه الفروق في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي وأبعاده الأربعة عند الأطفال الصم، جاء واقع الفروق فيها **بين الأطفال المكفوفين** المضطربين سلوكياً وغير المضطربين، حيث تأكد من نتائج اختبار T لحساب مدى دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأطفال المكفوفين بالنسبة لمقياس التوافق النفسي بإطاره العام وأبعاده بين المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين صحة جميع الفروض المنبثقة عن التساؤل الثاني ـــ فيما يتعلق بنتائج

المعالجات الإحصائية لاستجابات أفراد عينة المكفوفين الفعلية على مقيـــاس التوافـــق النفـــسي بأبعاده الأربعة ــ ، ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي :

1) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفـسي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

والجدول التالي يؤكد صحة الفرض، فقد جاءت قيمة T المحسوبة المـساوية (1.289) أقـل من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 وبذلك فـلا توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

جدول رقم (55)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	8	281.00	25.07	1.289	23	0.210
غير مضطرب	17	296.25	32.73			

2) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

وأثبتت النتائج الإحصائية صحة الفرض، وذلك لأن قيمة T المحسوبة (1.189) وهي أقـل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05، وعليه فلا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي بين الأطفال المكفـوفين المـضطربين سلوكياً وغير المضطربين، والجدول التالي يبين ذلك .

جدول رقم (56)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي لدى الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة

مضطرب	11	56.79	5.17	1.189	28	0.244
غير مضطرب	19	59.91	9.27			

3) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

وتؤكد النتائج الإحصائية على أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين، فقيمة T المحسوبة تساوي (0.739) وهي أقل من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض، والجدول التالي يوضح ذلك .

جدول رقم (57)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي عند الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	9	81.22	9.11	0.739	25	0.467
غير مضطرب	18	84.33	12.47			

4) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

والجدول التالي يثبت صحة الفرض فقيمة T المحسوبة تساوي (1.048) وهي أقل من قيمة T الجدولية عند مستوى دلالة σ = 0.05 ، وعليه فلا توجد فروق جوهرية دالة في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري لدى الأطفال المكفوفين بين المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين .

جدول رقم (58)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري لدى الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	11	81.11	9.67	1.048	27	0.304
غير مضطرب	18	85.55	12.97			

5) لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي بين الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين .

والجدول التالي يشير إلى أن قيمة T المحسوبة تساوي (1.396) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 وهو ما يؤكد صحة هذا الفرض، فلا توجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي لدى الأطفال المكفوفين بين المضطربين وغير المضطربين .

جدول رقم (59)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي عند الأطفال المكفوفين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
مضطرب	12	62.94	9.82	1.396	29	0.173
غير مضطرب	19	68.00	9.82			

ويتبين من العرض السابق طبيعة العلاقة بين مستوى التوافق النفسي العام وأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لكل من الأطفال الصم والمكفوفين بالاضطرابات السلوكية، ففي الوقت الذي كان فيه لتلك الاضطرابات أبرز الأثر على مستوى التوافق النفسي العام وجميع أبعاده لدى الأطفال الصم لم يكن لها أي تأثير واضح عليهم عند الأطفال المكفوفين، وما ذلك إلا مؤشر جلي لكون العلاقة البصرية بين الفرد ومحيطه الخارجي أصدق العلاقات في نقل الصورة الواقعية عن ما يدور في ذلك المحيط وأقدرها تأثراً به، فقدرة الأطفال الصم على الاتصال البصري معه تجعل منهم أناس أكثر حساسية لرد فعل المجتمع من حولهم اتجاه سلوكهم المضطرب وبالتالي فإن ذلك ينعكس على مستوى توافقهم النفسي بشكل عام وكل من التوافق الشخصي والمدرسي والأسري والجسدي، مما يدلل على تأثر كافة جوانب بناءه التوافقي العام سلباً في ظل معاناته من الاضطرابات السلوكية، وما يؤيد ذلك سوى جميع الدراسات التي حاولت الاهتمام بالكشف عن العلاقة بين الاضطرابات السلوكية أو أي من أشكالها مع التوافق النفسي لدى الأطفال غير المعاقين ومن أمثلتها دراسة كل من (محمد، 1995 م والطويل، 2000 م)، ولأن المكفوفين غابت قدرتهم البصرية عن الاحتكاك

بذلك العالم من حولهم تراهم لا يستجيبون لردود فعله اتجاه سلوكهم المضطرب ــ سواء كــان ذلك الرد إيجاباً أو سلباً ــ، ولذا فلم يظهر للاضطرابــات السلوكية علاقة بمستوى التوافـــق النفسي العام أو أي من أبعاده المتمثلة في التوافق الشخصي والمدرسي والأسري والجسدي .
وعليه فإن طبيعة العلاقة بين التوافق النفسي بكل أشكاله والاضطرابات السلوكية تستند بــشكل أساسي لنوع الإعاقة وقدرة الفرد على الاتصال البصري مع بيئته وما يــصدر مــن أفعــال اتجاهه، كما أنه من الضروري التذكير بأن مستوى ظهــور الاضــطرابات الــسلوكية لــدى الأطفال المكفوفين لا يختلف كثيراً عنه لد الأطفال الصم، وبالتالي فوجودها لا يمكن إنكــاره، أما إدراك علاقتها بشخصية الطفل الأصم والكفيف فيختلف باختلاف قدرته على إدراك سلوك الآخرين نحوه ــ كرد فعل اتجاه ما يصدر عنه من سلوكيات مضطربة ــ .

عرض نتائج التساؤل الثالث ومناقشتها

وينص على : "هل توجد فروق جوهرية في مستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين تعزى لنوع الإعاقة"؟

وللإجابــة عن هذا التساؤل تم إجراء T- Test لحساب دلالة الفروق بين متوسطات درجــات كل من الأطفال الصم والمكفوفين في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي (بــشكله العــام) لديهم، وقد أثبتت نتائج هذا الاختبار أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالــة إحــصائية فــي الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي بين كل من الأطفال الصم والمكفوفين، حيــث وجــد أن قيمة T المحسوبة تساوي (5.90 -) وهي أقل من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفــا = 0.05 ، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (60)

نتيجة اختبار T للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى كل من الأطفال الصم والمكفوفين

فئات المتغير	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
صم	78	285.99	26.09	-5.90	152	0.000
مكفوفين	76	258.64	31.13			

وهذا يبين ما للباحثة من رغبة في الجزم بأنه لا فروق جوهرية بين الأطفال الصم والمكفوفين من حيث مستوى التوافق النفسي العام، فكلاهما يعــاني إعاقــة حــسية ويعــيش الظــروف الاجتماعية ذاتها ويتلقى التعليم في مدارس خاصة بكل منهم توفر لهم مــا يلــزم مــن أدوات ومعينات ووسائل يمكن لها أن تتيح لهم أفضل الفرص المتاحــة لاكتــساب المعرفــة وتنميــة

الخبرات والمهارات وتطوير القدرات وإشباع الرغبات، وبالتالي فهي تسعى لتدريبهم على محاولة الاتصال السليم مع المجتمع من حولهم، وكل ذلك من شأنه أن يحد من اتساع الفجوة بينهما من حيث طبيعة الاتصال بالعالم المحيط، ففي الوقت الذي يحرم فيه الكفيف من استخدام وسائل الاتصال البصري تجد الأصم فقد أيضاً القدرة على الاتصال السمعي ولا يمكن لأحد إنكار العلاقة الوثيقة بين كل من السمع والبصر في التفاعل مع العالم المحيط بالطفل واكتساب المعرفة والقدرة على ممارسة الأنشطة الحياتية المختلفة، وإلا لما كان هناك ربطاً بينهم (سواء في أثر معناهما المجازي على الواقع الأصلي أو كتهذيب رقيق لنفوس المؤمنين وتوجيه علاقته لتعزيز الجوانب العقائدية والاجتماعية) والتي صورها الخالق جل شأنه في كتابه العزيز، قال تعالى: ﴿ صُمٌّ بُكْمٌ عُمْيٌ فَهُمْ لَا يَرْجِعُونَ ﴾ (سورة البقرة،آية: 18)، وقوله جل شأنه: ﴿ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَٰئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا ﴾ (سورة الإسراء،آية: 36) .

وقد يكون الاتفاق في مستوى المعاناة بين الأطفال الصم والمكفوفين عائداً بشكل كبير لعدم الاختلاف في مستوى الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرضون لها، حيث أنها ما إن تتمكن منهم حتى تلقي بظلالها على بناءهم السيكولوجي وإدراكهم السلبي للواقع المحيط بهم ومعاناتهم ــ كنتيجة لذلك كله ــ من أعراض عصابية ذات أثر مباشر أو غير مباشر، وما يؤيد ذلك سوى ما أثبتته دراسة (الصباطي، 1998) فقد بينت نتائجها أن معاناة أي من الأطفال الصم والمكفوفين لا تختلف باختلاف الإعاقة فلا توجد فروق جوهرية بينهم في مستوى ظهور بعض الأعراض العصابية المتمثلة في القلق والوسواس القهري والاكتئاب، ذلك باستثناء الشعور بالخوف فقد تبين أن الصم أكثر معاناة منه مقارنة بما عليه الحال لدى المكفوفين .

عرض نتائج التساؤل الرابع ومناقشتها

وينص على : "هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي)"؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم استخدام تحليل التباين الثلاثي للكشف عن مستوى الدلالة في التفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية وأثرها على الدرجة الكلية لمستوى كل من التوافق النفسي وأي من أبعاده، ويمكن توضيح نتائج هذا التحليل ــ بشيء من التفصيل ــ كما يلي :

أولا : وللإجابة عن هذا التساؤل بالجزء المتعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم انبثقت سبع فرضيات إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الثلاثي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي).

جدول رقم (61)

نتيجة تحليل التباين الثلاثي للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي عند الصم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس	1518.471	1	1518.471	1.584	0.212
منطقة السكن	23.601	1	23.601	0.025	0.876
المرحلة التعليمية	496.498	1	496.498	0.518	0.474
الجنس × منطقة السكن	648.147	1	648.147	0.676	0.414
الجنس × المرحلة التعليمية	**3868.917**	**1**	**3868.917**	**4.037**	**0.048**
السكن × المرحلة التعليمية	49.221	1	49.221	0.051	0.821
السكن × الجنس × المرحلة التعليمية	282.913	1	282.913	0.295	0.589
داخل المجموعات	66127.599	69	958.371		
الدرجة الكلية	5191955.000	77			
Corrected Total	71169.948	76			

ويمكن توضيح نتائج تحليل التباين الثلاثي للتفاعل بين المتغيرات وفقاً لما ورد في الجدول السابق على النحو التالي:

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا يوجد فروق دالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم تعزى لمتغير منطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم تعزى لمتغير المرحلة التعليمية حيث اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لقد أوضح الجدول السابق أن قيمة F المحسوبة تساوي (4.037) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة الفا = 0.05 وبالتالي فإن هناك فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيري الجنس ومرحلة التعليم .

6- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

ثانيا : وللإجابة عن الجانب المتعلق ضمن التساؤل الرابع بالدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم انبثقت سبع فرضيات إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الثلاثي للمتغيرات المستقلة: الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي).

جدول رقم (62)

نتيجة تحليل التباين الثلاثي للدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي عند الأطفال الصم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس	4.368	1	4.368	0.094	0.760
منطقة السكن	72.044	1	72.044	1.551	0.216
المرحلة التعليمية	26.350	1	26.350	0.567	0.453
الجنس × منطقة السكن	35.628	1	35.628	0.767	0.383
الجنس × المرحلة التعليمية	0.198	1	0.198	0.004	0.948

0.476	0.511	23.761	1	23.761	السكن × المرحلة التعليمية
0.385	0.761	35.366	1	35.366	السكن × الجنس × المرحلة التعليمية
		46.453	105	4877.611	داخل المجموعات
			113	327444.000	الدرجة الكلية
			112	5025.451	Corrected Total

ويبين الجدول السابق أن نتائج تحليل التباين الثلاثي للتفاعل بين المتغيـرات يمكـن توضـيح واقعها كما يلي:

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـستوى التوافـق الشخصي للأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل مـن قيمتهـا الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـستوى التوافـق الشخصي للأطفال الصم تعزى لمتغير منطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة أقـل مـن قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فالنتائج الواردة في الجـدول السابق توضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـة الكليـة لمستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيـث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكليـة لمستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلـة التعليميـة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكليـة لمستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات منطقـة الـسكن والمرحلـة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالـة إحـصائية فـي الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

ثالثا : للإجابـــة على ما يتعلـــق بالدرجة الكلية لمستـــوى التوافق المدرسي للأطفـــال الصم (ضمن التساؤل الرابع)، انبثقت سبع فرضيات إحصائية، ويمكن توضيح نتائج تحليل التباين الثلاثي للمتغيـــرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنـــوب قطـــاع غـــزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) كما هو في الجدول التالي :

جدول رقم (63)

نتيجة تحليل التباين الثلاثي للدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	مستوى الدلالة
الجنس	318.140	1	318.140	2.638	0.108
منطقة السكن	197.923	1	197.923	1.641	0.203
المرحلة التعليمية	3.853	1	3.853	0.032	0.859
الجنس × منطقة السكن	13.628	1	13.628	0.113	0.737
الجنس × المرحلة التعليمية	5.448E-05	1	5.448E-05	0.000	0.999
السكن × المرحلة التعليمية	333.503	1	333.503	2.765	0.100
السكن × الجنس × المرحلة التعليمية	155.158	1	155.158	1.287	0.260
داخل المجموعات	11577.645	96	120.600		
الدرجة الكلية	551620.000	104			
Corrected Total	12484.000	103			

ويمكن من خلال ما ورد في الجدول السابق توضيح واقع التفاعل بين المتغيرات وفقاً لنتـــائج تحليل التباين الثلاثي وذلك على النحو التالي :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـــستوى التوافـــق المدرسي للأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل مـــن قيمتهـــا الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـــستوى التوافـــق المدرسي للأطفال الصم تعزى لمتغير منطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة أقـــل مـــن قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمـــستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فالنتائج الواردة فـــي الجـــدول السابق توضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

رابعا : للإجابة على الجزء المتعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم في التساؤل الرابع، انبثقت سبع فرضيات إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الثلاثي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) وفقاً لتلك الفرضيات .

جدول رقم (64)

نتيجة تحليل التباين الثلاثي للدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم

مصدر التباين	مجموع	درجة	متوسط	F	مستوى

	المربعات	الحرية	المربعات		الدلالة
الجنس	203.891	1	203.891	1.745	0.190
منطقة السكن	453.413	1	453.413	3.880	0.052
المرحلة التعليمية	161.659	1	161.659	1.383	0.243
الجنس × منطقة السكن	20.381	1	20.381	0.174	0.677
الجنس × المرحلة التعليمية	19.633	1	19.633	0.168	0.683
السكن × المرحلة التعليمية	133.151	1	133.151	1.139	0.289
السكن × الجنس × المرحلة التعليمية	5.478	1	5.478	0.047	0.829
داخل المجموعات	10283.988	88	116.863		
الدرجة الكلية	534045.000	96			
Corrected Total	11157.240	95			

ومن الجدول السابق يتبين **أن نتائج تحليل التباين الثلاثي أثبتت ما يلي** :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لمتغير منطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فالنتائج أوضحت أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

خامسا : للإجابة على التساؤل الرابع في الجزء المتعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم، انبثقت سبع فرضيات إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الثلاثي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) في ضوء تلك الفرضيات.

جدول رقم (65)

نتيجة تحليل التباين الثلاثي للدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي لدى الأطفال الصم

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الجنس	79.031	1	79.031	0.566	0.454
منطقة السكن	220.283	1	220.283	1.578	0.212
المرحلة التعليمية	0.878	1	0.878	0.006	0.937
الجنس × منطقة السكن	7.338	1	7.338	0.053	0.819
الجنس × المرحلة التعليمية	121.110	1	121.110	0.868	0.354
السكن × المرحلة التعليمية	19.776	1	19.776	0.142	0.708
السكن × الجنس × المرحلة التعليمية	8.221	1	8.221	0.059	0.809
داخل المجموعات	12283.188	88	139.582		
الدرجة الكلية	375482.000	96			
Corrected Total	12877.833	95			

ويتبين من الجدول السابق أن **نتائج تحليل التباين الثلاثي أكدت على ما يلي** :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لمتغير منطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فالنتائج أوضحت أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال الصم تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

وبالتفحص الدقيق لنتائج <u>تحليل التباين الثلاثي</u> التي أثبت من خلالها صحة الفروض التي تنص على أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي وأبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدى الأطفال الصم ترجع للتفاعل بين كل من متغير الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) والمرحلة التعليمية (ابتدائي، ما بعد الابتدائي) ـ إلى حد كبير ـ فكافة الفروض الإحصائية ـ على اعتبار أنها صفرية ـ يمكن التأكيد على أنها صحيحة باستثناء ذلك الفرض المتعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي بشكله العام في ظل التفاعل بين متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية .

وذلك يشير إلى أن مستوى التوافق النفسي بإطاره العام ـ أو من خلال أبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) ـ لا يختلف باختلاف الجنس أو منطقة السكن أو المرحلة التعليمية ما دامت الظروف المحيطة بالأطفال الصم هي ذاتها، وإن كان هناك فرق يظهر في مستوى التوافق النفسي بصورته العامة تبعاً للتفاعل بين متغيري الجنس والمرحلة التعليمية والذي يمكن أن يرجع بشكل أساسي إلى طبيعة الاختلاف في الخصائص النفسية بين كل من الذكور والإناث وكذلك الأطفال والمراهقين والتي أشار إليها (زهران، 1995).

وهذا يؤكد عدم ضرورة انحصار قدرة الأطفال الصم على التمتع بالتوافق النفسي بشكله العـــام أو حتى فيما يتعلق بأي من أبعاده ذات الأفق الشخصي أو المدرسي أو الأســـري أو الجـــسدي في مستواه بجنس أو منطقة جغرافية أو مرحلة تعليمية فجميع الأطفال الصم فـــي مؤســـسات التأهيل بقطاع غزة محاطون بالواقع نفسه (وخاصة في ظل انتشار المؤســـسات التـــي تقـــدم الخدمات الأكاديمية والاجتماعية لهم في كافة أرجاء محافظات قطاع غزة والتشابه النسبي في طبيعـــة تلك الخدمات التي تقدمهـــا)، وهم في ذلك على عكـــس ما أوضحته دراســـــة كـــل من (دخـــان، 1997) و(**Nunn & athers, 1983**)، ومؤيداً لمـــا توصلت له دراســـة (الطويل، 2000) بينما جاءت مماشية بدرجة عالية لما أوضحته دراسة (أبو زايد، 2002) وكل ذلك فيما يتعلق بمتغير الجنس، أما بالنسبة للعمر الزمني ـــ بما له علاقة بمرحلة التعلـــيم كأحد متغيرات الدراسة الحالية ـــ فقد جاءت دراسة (الخريبي، 1993) مغايرة لهـــا ـــ مـــع ضرورة الإشارة إلى أن كل تلك الدراسات كانت تستهدف غير المعاقين ـــ ، وقد وافقت فيمـــا يتعلق بجانب المرحلة العمرية دراسة (النجار، 1997) بالنسبة للمعـــاقين جـــسدياً،ولم يكـــن لمتغيرات الدراسة الحالية الأخرى واقعها الواضح بين متغيرات الدراسات التي ركزت علـــى مستوى التوافق النفسي سواء لدى المعاقين أو غير المعاقين .

وكل ذلك يؤكد بشكل كبير على أن أي من المتغيرات النوعية قد لا يكون لهـــا دورهـــا فـــي التأثير على التوافق النفسي للأطفال إن وجدوا في الظروف البيئية ذاتها وعـــانوا مـــن نفـــس الظروف الصحية، ولذا فلا فرق يذكر بين الأطفال الصم بالنسبة لمستوى التوافق النفسي العام بجميع أبعاده .

عرض نتائج التساؤل الخامس ومناقشتها

وينص على : "هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي بأبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) ودرجة الإعاقة (جزئي وكلي) "؟

وقد تم استخدام تحليل التباين الرباعي للإجابة عن هذا التساؤل والكشف عن أثر التفاعل بين كل من متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة على مستوى التوافق النفسي سواء بشكله العام أو أي من أبعاده، وفقاً لفروض إحصائية انبثقت عنه، ويمكن عرض نتائج هذا التحليل فيما يتعلق بالتوافق النفسي العام وأبعاده على النحو التالي :

أولا : للإجابة على الجانب المتعلق بالدرجة الكلية ل<u>مستوى التوافق النفسي</u> للأطفال المكفوفين في هذا التساؤل انبثقت (15) فرضية إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الرباعي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي)، ودرجة الإعاقة (جزئي وكلي) وفقاً لتلك الفرضيات .

جدول رقم (66)

نتيجة تحليل التباين الرباعي للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال المكفوفين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الجنس	542.015	1	542.015	0.783	0.380
السكن	0.490	1	0.490	0.001	0.979
المرحلة التعليمية	1707.830	1	1707.830	2.466	0.122
درجة الإعاقة	32.862	1	32.862	0.047	0.828
الجنس × السكن	1269.798	1	1269.798	1.834	0.181
الجنس× مرحلة التعليم	138.046	1	138.046	0.199	0.657
السكن× مرحلة التعليم	238.576	1	238.576	0.345	0.559
الجنس× السكن× مرحلة التعليم	8.004	1	8.004	0.012	0.915
الجنس× درجة الإعاقة	50.670	1	50.670	0.073	0.788
السكن× درجة الإعاقة	1676.500	1	1676.500	2.421	0.125
الجنس× السكن× درجة الإعاقة	60.754	1	60.754	0.088	0.768
مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	304.122	1	304.122	0.439	0.510

0.157	2.057	1424.504	1	1424.504	الجنس× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
0.009	**7.314**	**5064.905**	**1**	**5064.905**	**السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة**
0.542	0.377	261.060	1	261.060	الجنس× السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
		692.504	60	41550.258	داخل المجموعات
			76	6266965.000	الدرجة الكلية
			75	51040.987	Corrected Total

ومن الجدول السابق يتضح أن نتائج تحليل التباين الرباعي أثبتت ما يلي :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير منطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فقد اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- متغير درجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير درجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : **لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

8- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالـــة إحـــصائية فـــي الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعـــل متغيـــرات الجـــنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

9- تفاعل الجنس ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكليـــة لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ودرجة الإعاقة فقـــد تبين أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

10- تفاعل السكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكليـــة لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقـــة الـــسكن ودرجـــة الإعاقة فالنتائج تشير إلى أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

11- تفاعل الجنس والسكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيـــرات الجـــنس ومنطقـــة السكن ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

12- تفاعل مرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات المرحلـــة التعليميـــة ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

13- تفاعل الجنس ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعـــل متغيـــرات الجـــنس والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

14- تفاعل السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : **ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية فـــي الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة تـــساوي (7.314) وهـــي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 ، ولذا فإن هناك فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تبعاً لذلك التفاعل.

15- تفاعل الجنس والسكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فـــروق ذات دلالـــة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيـــرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحـــسوبة أقـــل من قيمتها الجدولية .

ثانيا : للإجابة عن الجزء المتعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافـق الشخـصي للأطفـال المكفوفين في التساؤل الخامس انبثقت (15) فرضية إحصائية،.ويمكن توضيح نتائج تحليـل التباين الرباعي للمتغيرات المستقلة: الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنـوب قطـاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي)، ودرجة الإعاقة (جزئي وكلـي) في ظل تلك الفرضيات كما هو مبين في الجدول التالي :

جدول رقم (67)

نتيجة تحليل التباين الرباعي للدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الجنس	16.267	1	16.267	0.470	0.495
السكن	1.865	1	1.865	0.054	0.817
المرحلة التعليمية	83.868	1	83.868	2.423	0.124
درجة الإعاقة	**153.048**	**1**	**153.048**	**4.423**	**0.039**
الجنس × السكن	23.470	1	23.470	0.678	0.413
الجنس× مرحلة التعليم	38.423	1	38. 423	1.110	0.296
السكن× مرحلة التعليم	24.574	1	24.574	0.710	0.402
الجنس× السكن× مرحلة التعليم	149.004	1	149.004	4.306	0.42
الجنس× درجة الإعاقة	12.204	1	12.204	0.353	0.555
السكن× درجة الإعاقة	0.101	1	0.101	0.003	0.957
الجنس× السكن× درجة الإعاقة	18.135	1	18.135	0.524	0.472
مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	0.460	1	0.460	0.013	0.909
الجنس× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	2.614	1	2.614	0.076	0.784
السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	**326.645**	**1**	**326.645**	**9.440**	**0.003**
الجنس× السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	28.682	1	28.682	0.829	0.366
داخل المجموعات	2387.539	69	34.602		
الدرجة الكلية	277565.000	85			
Corrected Total	3448.188	84			

ومن الجدول السابق يتضح بأن **نتائج تحليل التباين الرباعي أكدت على ما يأتي** :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير منطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فقد اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- متغير درجة الإعاقة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير درجة الإعاقة فقد تبين أن قيمة F المحسوبة تساوي (4.423) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05، وعليه فإن لمتغير درجة الإعاقة أثره على مستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين .

5- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : **لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

8- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

9- تفاعل الجنس ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ودرجة الإعاقة فقد تبين أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

10- تفاعل السكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكليـــة لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة الـــسكن ودرجـــة الإعاقة فالنتائج تشير إلى أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

11- تفاعل الجنس والسكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجـــنس ومنطقـــة السكن ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

12- تفاعل مرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات المرحلة التعليميـــة ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

13- تفاعل الجنس ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيـــرات الجـــنس والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

14- تفاعل السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : **ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية فـــي الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيـــرات منطقـــة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحـــسوبة تـــساوي (9.440) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 ، ولذا فإن هناك فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين تبعاً لـــذلك التفاعل .

15- تفاعل الجنس والسكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فـــروق ذات دلالـــة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الشخصي للأطفـــال المكفـــوفين تعـــزى لتفاعـــل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقـــة حيـــث كانـــت قيمـــة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

ثالثا : وللإجابة على ما تعلق بالدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين ضمن التساؤل الخامس انبثقت (15) فرضية إحصائية، والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الرباعي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعد الابتدائي) ودرجة الإعاقة (جزئي وكلي) في ضوء تلك الفرضيات .

جدول رقم (68)

نتيجة تحليل التباين الرباعي للدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الجنس	106.132	1	106.132	1.310	0.257
السكن	145.372	1	145.372	1.794	0.185
المرحلة التعليمية	7.352	1	7.352	0.091	0.764
درجة الإعاقة	62.347	1	62.347	0.770	0.384
الجنس × السكن	70.664	1	70.664	0.872	0.354
الجنس× مرحلة التعليم	31.353	1	31.353	0.387	0.536
السكن× مرحلة التعليم	137.131	1	137.131	1.693	0.198
الجنس× السكن× مرحلة التعليم	0.834	1	0.834	0.010	0.920
الجنس× درجة الإعاقة	33.001	1	33.001	0.407	0.526
السكن× درجة الإعاقة	3.797	1	3.797	0.047	0.829
الجنس× السكن× درجة الإعاقة	5.215	1	5.215	0.064	0.801
مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	5.025	1	5.025	0.062	0.804
الجنس× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	158.707	1	158.707	1.959	0.166
السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	236.449	1	236.449	2.918	0.092
الجنس× السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	0.539	1	0.539	0.007	0.935
داخل المجموعات	5266.400	65	81.022		
الدرجة الكلية	558788.000	81			
Corrected Total	6243.556	80			

وفيما يتعلق بنتائج تحليل التباين الرباعي فيتضح من الجدول السابق ما **يلي**:

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال** المكفوفين تعزى لمتغير منطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فقد اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- متغير درجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير درجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : **لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

8- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

9- تفاعل الجنس ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ودرجة الإعاقة فقد تبين أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

10- تفاعل السكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكليـــة لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة الـــسكن ودرجـــة الإعاقة فالنتائج تشير إلى أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

11- تفاعل الجنس والسكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجـــنس ومنطقـــة السكن ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

12- تفاعل مرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجـــة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات المرحلة التعليميـــة ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

13- تفاعل الجنس ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيـــرات الجـــنس والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

14- تفاعل السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : **لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعـــل متغيـــرات منطقـــة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحـــسوبة أقـــل مـــن قيمتهـــا الجدولية .

15- تفاعل الجنس والسكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فـــروق ذات دلالـــة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق المدرسي للأطفـــال المكفـــوفين تعـــزى لتفاعـــل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقـــة حيـــث كانـــت قيمـــة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

رابعا : **وللإجابة على الجانب المتعلق ب<u>الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأســـري</u>** للأطفـــال المكفوفين في التساؤل الخامس انبثقت (15) فرضية إحـــصائية، والجـــدول التـــالي يعطـــي توضيحاً لنتائج تحليل التباين الرباعي للمتغيرات المستقلة : الجنس (ذكر، أنثـــى) ومنطقـــة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) ومرحلة التعليم (ابتدائي وما بعـــد الابتـــدائي) ودرجـــة الإعاقة (جزئي وكلي) في ضوء تلك الفرضيات .

جدول رقم (69)

نتيجة تحليل التباين الرباعي في لدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة

0.106	2.694	242.094	1	242.094	الجنس
0.705	0.144	12.967	1	12.967	السكن
0.198	1.690	151.880	1	151.880	المرحلة التعليمية
0.845	0.039	3.465	1	3.465	درجة الإعاقة
0.024	**5.327**	**478.687**	**1**	**478.687**	**الجنس × السكن**
0.645	0.214	19.206	1	19.206	الجنس× مرحلة التعليم
0.723	0.127	11.384	1	11.384	السكن× مرحلة التعليم
0.934	0.007	0.617	1	0.617	الجنس× السكن× مرحلة التعليم
0.613	0.258	23.228	1	23.228	الجنس× درجة الإعاقة
0.411	0.685	61.541	1	61.541	السكن× درجة الإعاقة
0.819	0.053	4.719	1	4.719	الجنس× السكن× درجة الإعاقة
0.186	1.788	160.704	1	160.704	مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
0.079	3.196	287.166	1	287.166	الجنس× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
0.039	**4.438**	**398.853**	**1**	**398.853**	**السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة**
0.705	0.144	12.967	1	12.967	الجنس× السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
		89.864	65	5841.192	داخل المجموعات
			81	567213.000	الدرجة الكلية
			80	7542.765	Corrected Total

ومن خلال ما عرض في الجدول السابق من نتائج تحليل التباين الرباعي تبين ما يلي :

1- **متغير الجنس** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- **متغير السكن** : لا ت**وجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال** المكفوفين تعزى لمتغير منطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- **متغير المرحلة التعليمية** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فقد اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- **متغير درجة الإعاقة** : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير درجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن فقد وجد أن قيمة F المحسوبة تساوي (5.327) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 .

6-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

8- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

9- تفاعل الجنس ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ودرجة الإعاقة فقد تبين أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

10- تفاعل السكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن ودرجة الإعاقة فالنتائج تشير إلى أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

11- تفاعل الجنس والسكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

12- تفاعل مرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات المرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

13- تفاعل الجنس ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

14- تفاعل السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة

السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة تساوي (4.438) وهي أكبر من قيمتها الجدولية عند مستوى دلالة ألفا = 0.05 ، ولذا فإن هناك فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تبعاً لذلك التفاعل .

15- تفاعل الجنس والسكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الأسري للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

خامساً: وللإجابة عن الجزء المتعلق <u>بالدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي</u> لدى الأطفال المكفوفين ضمن التساؤل الخامس، انبثقت منه (15) فرضية إحصائية والجدول التالي يوضح نتائج تحليل التباين الرباعي للتفاعل بين متغيرات الجنس (ذكر، أنثى) ومنطقة السكن (جنوب قطاع غزة وشماله) والمرحلة التعليمية (ابتدائي وما بعد الابتدائي) ودرجة الإعاقة (جزئي، كلي) في ظل تلك المتغيرات .

جدول رقم (70)

نتيجة تحليل التباين الرباعي للدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	F	مستوى الدلالة
الجنس	77.618	1	77.618	0.820	0.368
السكن	1.900	1	1.900	0.020	0.888
المرحلة التعليمية	285.180	1	285. 180	3.013	0.087
درجة الإعاقة	11.238	1	11.238	0.119	0.731
الجنس × السكن	163.442	1	163.442	1.727	0.193
الجنس× مرحلة التعليم	9.047E-02	1	9.047E-02	0.001	0.975
السكن× مرحلة التعليم	227.750	1	227.750	2.4016	0.125
الجنس× السكن× مرحلة التعليم	2.505	1	2.505	0.026	0.871
الجنس× درجة الإعاقة	0.499	1	0.499	0.005	0.942
السكن× درجة الإعاقة	363.947	1	363.947	3.845	0.054
الجنس× السكن× درجة الإعاقة	38.073	1	38.073	0.402	0.528
مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	48.791	1	48.791	0.516	0.475
الجنس× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	25.758	1	25.758	0.272	0.604
السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة	44.601	1	44.601	0.471	0.495

0.997	0.000	1.441E-03	1	1.441E-03	الجنس× السكن× مرحلة التعليم× درجة الإعاقة
		94.644	70	6625.089	داخل المجموعات
			86	363296.000	الدرجة الكلية
			85	7961.302	Corrected Total

ومن الجدول السابق يتضح أن نتائج تحليل التباين الرباعي كانت على النحو التالي :

1- متغير الجنس : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير الجنس حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

2- متغير السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير منطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

3- متغير المرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير المرحلة التعليمية فقد اتضح أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

4- متغير درجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لمتغير درجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

5- تفاعل الجنس ومنطقة السكن : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

6-تفاعل الجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

7- تفاعل السكن والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

8- تفاعل السكن والجنس والمرحلة التعليمية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

9- تفاعل الجنس ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ودرجة الإعاقة فقد تبين أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

10- تفاعل السكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن ودرجة الإعاقة فالنتائج تشير إلى أن قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

11- تفاعل الجنس والسكن ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

12- تفاعل مرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات المرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

13- تفاعل الجنس ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

14- تفاعل السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

15- تفاعل الجنس والسكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجة الكلية لمستوى التوافق الجسدي للأطفال المكفوفين تعزى لتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة حيث كانت قيمة F المحسوبة أقل من قيمتها الجدولية .

وعليه فإن نتائج تحليل التباين الرباعي للدرجة الكلية لمستوى التوافق النفسي وأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدى أفراد عينة المكفوفين توضح ما لكل من منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة والجنس من أثر بارز وكبير في الفروق بين الأطفال المكفوفين في مستوى التوافق النفسي بشكله العام وبعداه الشخصي والأسري وعدم وجود تلك الفروق بينهم في كل من مستوى التوافق المدرسي والجسدي، فقد أثبتت النتائج أن هناك فروق دالة في مستوى التوافق النفسي تعزى للتفاعل بين منطقة السكن والمرحلة

التعليمية ودرجة الإعاقة، وكانت هناك فروق دالة إحصائياً أيضاً في مستوى التوافق الشخصي تعزى لمتغير درجة الإعاقة والتفاعل بين متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة وكذلك فقد تبين أن هناك فروق في مستوى التوافق الأسري تعزى لكل من التفاعل بين الجنس ومنطقة السكن والتفاعل بين منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة .

وقد يكمن الاختلاف في مستوى التوافق النفسي العام في وجود ذلك الاختلاف في بعديه الشخصي والأسري اللذين تلعب الأسرة دوراً هاماً في تشكيلهما لدى طفلهما الكفيف، حيث تعتبر التنشئة الاجتماعية والتقبل النفسي والاتزان منبعاً رئيسياً لهما، والطفل الكفيف ليس بمعزل مطلقاً عما يدور داخل أسرته فهو يسمع تعبيراتهم ويشعر بحركاتهم، وقد يتصل جزئياً معهم ببصره (في حالات ضعف الإبصار " الإعاقة البصرية الجزئية ")، وكل ذلك يلعب دوراً هاماً في بناء شخصيته كغيره من الأطفال في مثل سنه . (زهران، 2001)

كما أن الاختلاف في مستوى كل من التوافق الشخصي والأسري ــ وبالتالي التوافق النفسي العام ــ تبعاً للتفاعل بين كل من متغير الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية قد يرجع إلى مدى التمايز في طبيعة العلاقة الأسرية وأثر ذلك على واقع الطفل الكفيف فليس بالأمر اليسير أن تسمح الأسرة لطفلتها الكفيفة أو حتى أن تتقبل فكرة مكوثها لفترات طويلة خارج المنزل (خاصة في ظل الظروف الصعبة التي كان يمر بها قطاع غزة من إغلاقات للطرق الرئيسية بسبب ممارسات الجيش الصهيوني التعسفية ضد المواطنين ــ دون أي اعتبار لواقعهم الإنساني ودون أي تمييز بينهم)، وقد كان ذلك يضطر الطلبة المكفوفين ــ صغاراً وكباراً، ذكوراً وإناثاً من سكان المنطقة الجنوبية لقطاع غزة ــ كثيراً للتأخر على الحواجز العسكرية النازية لساعات طويلة يمكن أن تمتد ليلاً أو البيات في مدارسهم أحياناً (وهذا ما ليس باليسير أن تتقبله الأسرة بالنسبة للطالبات وخاصة في المرحلة الإعدادية ــ تبعاً للعادات والتقاليد والنمط التربوي المحافظ الذي تتصف به معظم الأسر الفلسطينية في القطاع عامة وجنوبه بشكل خاص ــ ، ويزيد من قلقها وخوفها على الطلاب)، أو التغيب عن المدرسة لفترات طويلة قد تصل لأسابيع وبالتالي انقطاع طويل عنها وتزايد لحظات الشعور بالعجز والضغط العصبي المترتب على ذلك التغيب، فهو إما أن يحول دون الحصول على حقهم في التعليم الآمن وأن يواصلوا تعليمهم دون انقطاع كأقرانهم من سكان المنطقة الشمالية لقطاع غزة أو كونه يحرمهم فرصة التمتع بالجو المدرسي (الذي كان يشكل لهم ــ ولو للحظات ــ منفساً يمكنهم من التعبير عن ذواتهم وإشباع رغبتهم في التفاعل الإيجابي مع بيئة تتقبلهم وتحرص على توفير الجو الآمن لهم)، وعليه فإن التفاعل بين جميع تلك المتغيرات بعضها مع بعض يمكن أن يجسد أثراً واضحاً ــ على نحو يجعل من إغفاله بالمطلق أمر مستحيل ــ سواء بالنسبة لفكرة الطفل الكفيف عن ذاته أو تقبله للجوانب التي يتوقع منها أن تهدد بناءه الشخصي

وتنعكس سلباً على علاقته مع أسرته الواقعة ــ أصلاً ــ تحت ضغط ثقافي واجتماعي ونفسي أمني يكون له دوره في طبيعة العلاقة بين أفراد الأسرة مــع بعــضها الــبعض أو علاقتهــا بالمجتمع المحيط بها .

وبالنسبــة لدرجة الإعاقة فقد يرجع الأثر المدرك ضمن نتــائج الدراسة الحالية ــ وما أكدتــه دراسة (عفيفي، 1979)ــ على مستوى التوافق النفسي بشكله العام أو على نمطيه الشخصي والأسري (سواء كانت منفردة أو متفاعلة مع بقية المتغيرات) إلى كون الخطر الــذي يهــدد الطفل ضعيف البصر في حالة فقدانه للرؤية وبالتالي فقده الاتصال البصري بالعالم المحــيط، فتراه يعيش جواً من الصراع النفسي ويترقب بخوف شديد ما قد يؤول إليــه مــستوى قدرتــه البصرية وبالتالي ما يمكن أن يترتب على وصوله لفقد لبصر الكامل من تغيير لصورة العــالم من حوله ليس على الصعيد الناظري فحسب بل على العلاقة به، فبعد أن كــان قــادراً علــى رؤيتة ــ ولو بشيء من التشويش وعدم الوضوح التام ــ إلى انعدام فيها وحاجة لمن يقوده أو تجعله يبحث عن طرق بديلة للتفاعل مع ذلك العالم (وهذا يمكن أن يحملــه أعبــاء كثيــرة لا يمكنه إدراك مدى قدرته على التغلب عليها) .

أما عن علاقته بمدرسته وتوافقه معها وكذلك واقعه الفسيولوجي وانــسجامه مــع المتغيــرات المختلفة ذات العلاقة بالنواحي النفس جسمية فإنها لا تختلف كثيراً باختلاف الجنس أو منطقــة السكن أو العمر وما يتبعه من مرحلة التعليم أو حتى درجة الإعاقة والتفاعل بين جملــة تلــك المتغيرات بعضها مع بعض، فالبيئة المدرسية بكل عناصرها هي ذاتها لدى جميــع الأطفــال المكفوفين ذكور كانوا أو إناث، يسكنون جنوب قطاع غزة أو شماله، يعانون من كــف بــصر جزئي أو كلي، وكذلك السمات النفس جسمية واحدة أيضاً تستند لطبيعة البناء الجسمي والتقبــل والاتزان النفسي للأطفال المكفوفين، مع قليل من الفروق الفردية العائدة للخــصائص النفــسية المميزة لكل من الذكور والإناث أو الأطفال وفقاً لأعمارهم ــ فيما يتعلق بالمرحلة التعليمية ــ والتي لم تلقي بظلالها على أثر تلك المتغيرات على صعيد مستوى كل من التوافق المدرســي والجسدي بالنسبة للأطفال المكفوفين .

التوصيات والمقترحات

التوصيات

ولكل هذه النتائج دلالاتها على واقع المكفوفين والصم ولذا فلا يمكن إغفال أي مـــن جوانبهـــا ويوضح ذلك ضرورة إعطاء مزيد من الاهتمام لهم فيما يتعلـــق بجانـــب حيـــاتهم المختلفـــة، وحرصاً من الباحثة لإيصال تلك النتائج بفاعلية أكثر فإنها لتوصي بما يلي :

- أن يقوم المختصين بوضع خطط علاجية للاضطرابات السلوكية بأبعادهـــا المختلفـــة لـــدى الأطفال الصم بهدف التغلب عليها .
- أن يركز الباحثين على وضع برامج إرشادية لتحسين مستوى التوافق النفسي لدى الأطفـــال الصم والمضطربين سلوكياً .
- أن يقوم المرشدين التربويين في مؤسسات التربية الخاصة للأطفال الصم والمكفوفين بوضع برامج تقويمية لسلوك الأطفال أملاً في عدم الانحدار بذلك السلوك إلى درجة الاضطراب التي قد يكون لها تأثيرها على مستوى توافقهم النفسي .
- أن تعمد الهيئات الأهلية ووزارة التربية والتعليم الحكومية ببناء مؤســـسات للمكفـــوفين فـــي المنطقة الجنوبية من قطاع غزة لتخفيف العناء على الطلاب في تلك المنطقة وتحسين واقعهـــم النفسي وتلبية احتياجاتهم الأكاديمية والنفسية .
- الارتقاء بالمستوى الأكاديمي والتربوي للمكفوفين بما يتناسب مع طبيعة إعاقتهم .

المقترحات

وفي ضوء الجهد العلمي الذي بذل لإنجاز هذه الدراسة تبين للباحثة مـــدى الحاجـــة لاهتمـــام الباحثين لإجراء جملة من الدراسات البحثية المتخصصة والتي من أبرزها ما يأتي :

- أثر الاضطرابات السلوكية بأبعادها المختلفة على التوافق النفسي للأطفال المعاقين حركياً .
- التوافق النفسي للأطفال المكفوفين المدمجين في المرافق التعليمية العامة .
- الاضطرابات السلوكية لدى المعاقين في قطاع غزة .
- دراسة مقارنة للتوافق النفسي للأطفال المكفوفين المدمجين وغير المدمجين .
- برنامج إرشادي مقترح لخفض حدة الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم .
- برنامج إرشادي مقترح لتحسين مستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين .
- دراسة ميدانية للاضطرابات والمشكلات السلوكية لدى المعاقين .
- برنامج إرشادي مقترح لخض حدة اضطراب فرط النشاط والحركة لدى الأطفال المكفوفين
- دراسة إكلينيكية للسمات الاكتئابية لدى الأطفال المكفوفين .
- برنامج علاجي للتغلب على اللازمات العصبية لدى الأطفال الصم .
- دراسة مسحية لواقع المعاقين في قطاع غزة .

ملخص الرسالة باللغة العربية

لقد هدفت هذه الدراسة بشكل أساسي للتعرف على علاقة الاضطرابات السلوكية بمستوى التوافق النفسي بأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والمكفوفين في ضوء عدة متغيرات شملت الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية لهم ودرجة الإعاقة (بالنسبة للمكفوفين فقط).

وعليه فقد تركزت تساؤلات الدراسة حول ما يأتي :

1) ما أبرز الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال الصم والمكفوفين ؟

2) ما مدى الاختلاف في مستوى التوافق النفسي وأبعاده للأطفال الصم والمكفوفين بين المضطربين سلوكياً وغير المضطربين ؟

3) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي بين الأطفال الصم والمكفوفين ؟

4) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي وأبعاده للأطفال الصم تعزى للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن ومرحلة التعليم ؟

5) هل توجد فروق دالة في مستوى التوافق النفسي وأبعاده للأطفال المكفوفين تبعاً للتفاعل بين المتغيرات الجنس ومنطقة السكن ومرحلة التعليم ودرجة الإعاقة ؟

وللإجابة عن تلك التساؤلات فقد تم اختيار عينتين إحداها للصم (135 طالب وطالبة من مؤسسات الصم التعليمية الخاصة في قطاع غزة) وأخرى للمكفوفين (86 طالب وطالبة من مركز النور ومدرسة النور والأمل بمحافظة غزة) وتراوحت أعمار أفرادهما ما بين (9-16) سنة، طبق عليهم مقياسي الاضطرابات السلوكية من إعداد د. أمال عبد السميع باظه وتعديل الباحثة (الذي اعتمد على تقديرات الملاحظين) ومقياس التوافق النفسي من إعداد الباحثة، وذلك بعد التأكد من أنهما يتمتعان بمستوى جيد من الصدق والثبات .

وقد أسفرت المعالجات الإحصائية المتمثلة في حساب الدرجة الزائية واختبار ت وتحليلي التباين الثلاثي والرباعي عن جملة من النتائج التي أكدت على ..

أن اللازمات العصبية والنشاط الزائد هي أبرز الاضطرابات السلوكية لدى المكفوفين بينما كانت اللازمات العصبية والنشاط الزائد واضطراب المسلك هي أبرز تلك الاضطرابات لدى الصم .

توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي وجميع أبعاده (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) لدى الأطفال الصم المضطربين سلوكياً منهم

وغير المضطربين، هذا في الوقت الذي لم تكون فيه تلك الفروق ذات دلالة إحصائية عند الأطفال المكفوفين بين المضطربين سلوكياً منهم وغير المضطربين .

وتبين أنه لا توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي لدى الأطفال تعزى لنوع الإعاقة (صم، مكفوفين) .

لا توجد فروق جوهرية دالة إحصائياً في مستوى التوافق النفسي وأبعاده لدى الأطفال الصم تعزى للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية، باستثناء الفروق في مستوى التوافق النفسي ترجع للتفاعل بين الجنس والمرحلة التعليمية .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي للأطفال المكفوفين ترجع للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة، سوى الفروق التي تميزت بكونها دالة في مستوى التوافق النفسي لديهم تبعاً للتفاعل بين منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق الشخصي للأطفال المكفوفين ترجع للتفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة، سوى ما عليه الحال في الفروق في مستواه لديهم تبعاً لمتغير درجة الإعاقة والتفاعل بين متغيرات منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة .

لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى التوافق الأسري لدى الأطفال المكفوفين ترجع للتفاعل متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة، باستثناء التفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن وكذلك التفاعل بين منطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة .

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من التوافق المدرسي والجسدي لدى الأطفال المكفوفين تعزى لأي نمط من أنماط التفاعل بين متغيرات الجنس ومنطقة السكن والمرحلة التعليمية ودرجة الإعاقة .

وفي ضوء تلك النتائج خرجت الباحثة بجملة من التوصيات والمقترحات التي ارتأت بأنه من الممكن أن تخدم بشكل واضح كل من الأطفال الصم والمكفوفين من جهة، والباحثين والدارسين والمختصين في ميداني التأهيل (التربية الخاصة) وعلم النفس (الصحة النفسية) من جهة أخرى .

The Abstract

These study aimed by basic form to recognize the relation of behaviouristic disorders psychological adjustment level with it is for dimensions (personal, school, family, body) for the blinds and deaf children in several changes include the gender, the living area, educational stage for them and the handicapping degree (according for the blinds only) .

And for it the study questions focus around the follows :

1-what is the behavioral disorders clarity for all of the blinds and deaf children ?

2-What is the difference between behaviorally disturbed and non disturbed children in the level of psychological adjustment and its dimensions for deaf and blinds children ?

3-Is there any differences in the psychological adjustment level between deaf and blinds children ?

4-Are there any differences in the psychological adjustment level and its dimensions for deaf children that are caused by interaction between gender, living area and educational stage?

5-Are there any differences in the psychological adjustment level and its dimensions for blinds children that are caused by interaction between gender, living area, educational stage and disability degree ?

To answer these questions we choiced two samples one of them for the deaf (135 students contain from male and female from the special educational foundations of the deaf in Gaza strip) and the another for the blinds (86 students from male and female from Al-Nour center and Al-Nour and Al-Amal school at Gaza guardian) and the ages of members between (9 – 16) year, adopted for them the measure of behaviouristic disorder which prepared by Dr. Amal Abed Al- Sameea Batheh and recorrect by the researcher (which depend at the notice estimates) and the measure of the psychological adjustment prepared by the searcher, and that after the certain that there are savors by agood level of truth and firmness, the represented statistical tratmeents had resultedin calculation step the experimentations and analytic the quadrilateral and triple difference from sentence from the results ..

the tic by habitual disorders and hyperactivity disorder are the most apparent behavioral disorders of blinds children , where as the tic by

habitual disorders, hyperactivity disorder and disturbed behavior are the most apparent behavioral disorders of deaf children .

There are essential differences with statistical evidence in the psychological adjustment level and all its dimensions (personal, school, family, body) of behaviorally disturbed and non disturbed deaf children . However, these differences did not have statistical evidence with behaviorally disturbed and non disturbed blinds children .
It was indicated that there are not any essential differences with statistical evidence for the psychological adjustment level caused by type of disability (deaf, blinds) .

There are no essential differences with statistical evidence in the level of psychological adjustment and its dimensions for deaf children caused by interaction between gender, area of living, and educational except for the differences in the psychological adjustment level resulted from interaction between gender and educational stage .

There are no differences with statistical evidence in the psychological adjustment level for blinds children caused by interaction between gender, living area, educational stage and disability degree except for the differences in the psychological adjustment level caused by interaction between living area, educational stage, disability degree .

There are no differences with statistical evidence in the bersonal adjustment level for blinds children caused by interaction between gender, living area, educational stage, disability degree except for differences caused by disability degree and interaction between living area, educational stage, disability degree .

There are no differences with statistical evidence in the family adjustment level for blinds children caused by interaction between gender, living area, educational stage, disability degree except for differences caused by interaction between gender and living area, and interaction between living area and educational stage, disability degree .

There are no differences with statistical evidence in the school and body adjustment level for blinds children caused by any type of interaction between gender, living area, educational stage, disability degree .

And in that results the researcher found out asentence from the recommendations and the suggestions which afflicated with aspeech defect builder it is possible that can service by clear form for the blinds and deaf children from side, and the researchers, studiers, specialists at

the filed of the rehabilitaion (the special education) and psychology (the mental hyglen) from another, side .

المصـــــــــادر

* القرآن الكريم

* الحديث الشريف

ابن إسماعيل، محمد (1958) : صحيح البخاري، تقديم : حمد شاكر، دار الحديث، القاهرة .

ابن الحجاج، سليم (1954) : صحيح مسلم، تحقيق : محمد فؤاد عبد الباقي، الجزء الثـــاني، دار إحياء الكتب العربية .

ابن كثير، الإمام أبي الفداء إسماعيل ابن كثير القرشي الدمشقي (ب.ت) . تفسير ابن كثيـــر . المجلد " 4 "، مكتبة الرياض الحديثة، الرياض، المملكة العربية السعودية .

المراجـــع العربيـــة

1) إبراهيم، أكرم نشأت (1998) . **علم النفس الجنائي** . ط 2، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

2) إبراهيم، عبد الستار والدخيل، عبد العزيز وإبراهيم، رضوي (1993)، **العلاج السلوكي للطفل** : **أساليبه ونماذج من حالاته**، سلسلة عالم المعرفة، العدد "180"، الكويت.

3) ابن دريد، محمد بن الحسن (ب.ت) . **جمهرة اللغة** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

4) ابن سيده، علي بن إسماعيل (ب.ت) . **المحكم والمحيط الأعظم** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

5) ابن منظور، أبو الفضل جمال الدين (1990) . **لسان العرب** . المجلد "1، 2"، ط 1، دار الصادر، بيروت ، لبنان .

6) أبو الخير، إبراهيم فرج (2002) . مدى فاعلية برنامج إرشادي لتعديل السلوك العدواني لدى المعوقين سمعياً . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

7) أبو رجيلة عبد المنعم رزق (2004) . التوافق النفسي والاجتماعي للمكفوفين اليمنيين في محافظة صنعاء " دراسة ميدانية " . **رســـالة ماجستير (غير منشورة)**، خان يونس، فلسطين .

8) أبو زايد، أحمد عبد الله (2002) . التوافق النفسي وعلاقته بمفهوم الذات لأبناء الشهداء وأسرى الانتفاضة . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

9) أبو علام، رجاء محمود (1998) . **مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية** . ط 1، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر .

10) أبو مصطفى، نظمي والنجار، محمد (1998). **مقدمة في الصحة النفسية** . ط 1، مطبعة المقداد، غزة، فلسطين .

11) أبو ناهية، صلاح الدين محمد (1993) . بناء قائمة المشكلات السلوكية لدى الأطفال في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة . **مجلة التقويم والقياس النفسي والتربوي**، العدد "1" .

12) أبو هين، فضل خالد (2001) . تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني المشارك في انتفاضة الأقصى . **مجلة جامعة الأقصى**، المجلد " 5 "، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

13) أحمد، سهير كامل (1998) . **سيكولوجية نمو الطفل** " **دراسات نظرية ــ وتطبيقات عملية** " . مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر .

14) أحمد، سهير كامل (2003) . **الصحة النفسية والتوافق** . ط 2، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر .

15) أحمد، لطفي بركات (1978) . **الفكر التربوي في رعاية الطفل الأصم** . الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

16) أحمد، مصطفى حسن وأحمد، عبلة إسماعيل (1991) . الإعاقات البسيطة الحسية والبدنية والتعامل معها . مطابع الأهرام، القاهرة، مصر .

17) آدم، حاتم محمد (2003) . **الصحة النفسية للطفل من الميلاد وحتى 12 سنة** . ط 1، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، مصر .

18) أسعد، ميخائيل (1994) . **علم الاضطرابات السلوكية** . ط 1، دار الجيل، بيروت، لبنان .

19) إصليح، خالد علي (2000) . التوافق النفسي لدى المحرومين من الأب، دراسة ميدانية لأبناء الشهداء في محافظات غزة . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

20) الاتحاد العام للمعاقين الفلسطينيين (1999) . **قانون حقوق المعوقين رقم (4) لسنة 1999** . اللجنة الوطنية المركزية للتأهيل، رام الله، فلسطين .

21) الأزهري، محمد بن أحمد (ب.ت) . **تهذيب اللغة** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار "3".

22) الأستاذ، زينب محمد والزيناتي، هيام محمد والأستاذ، فاطمة محمد (2002) . أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى طلبة الصف العاشر في مدينة غزة . **بحث محكم (غير منشور)**، قسم البحوث العلمية، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

23) الأغا، إحسان خليل والأستاذ، محمود حسن (2000) . **مقدمة في تصميم البحث التربوي** . ط 2، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين .

24) الأقرع، عاطف محمد (2002) . فاعلية برنامج إرشادي لتحسين مفهوم الذات للطلاب الصم بالمرحلة الإعدادية . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

25) الإنشاصي، هدى ومصطفى، أسماء وعبد اللطيف، مريم (2001) . **طفلك من الميلاد إلى المدرسة الطفل الكفيف** . شركة السفير، القاهرة، مصر .

26) الببلاوي، إيهاب (2001) . **قلق الكفيف تشخيصه وعلاجه** . سلسلة ذوي التربية الخاصة " 2 "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

27) الببلاوي، فيولا (1988) . دراسة لاستكشاف المشكلات السلوكية لدى الأطفال عن طريق الدراسة التحليلية لمشكلات السلوك . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

28) الجبالي، حسني (2005) . **الكفيف والأصم بين الاضطهاد والعظمة** . سلسلة أصحاب الحقوق الخاصة " 1 "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

29) الجبيلي، محمد والديب، أسماء (1998) . سيكولوجيـــة التعاون والتنافس والفردية . عالم الكتب، القاهرة، مصر .

30) الجنادي، مديحه محمود (1984) . دراسة تحليلية لبعض الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بتقبل الذات وبعض متغيرات الشخصيـــة لدى المراهقين . **رسالة دكتـــوراه (غير منشورة)**، كلية التربية قسم علم النفس، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

31) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني (2000) . الأشخاص المعاقون في الأراضي الفلسطينية . **سلسلة التقارير الإحصائية** ، مركز الإحصاء الفلسطيني، غزة، فلسطين .

32) الجوهري، إسماعيل بن حماد (ب.ت) . **الصحاح**. المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

33) الحاج، إسماعيل محمد (2002) . **دور الدولة في رعاية ذوي الحاجات الخاصة في الإسلام** . المكتبة العلمية، الخرطوم، السودان .

34) الحجار، بشير إبراهيم (2003) . التوافق النفسي والاجتماعي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظات غزة وعلاقته ببعض المتغيرات . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، قسم الرسائل الجامعية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

35) الحجار، بشير (2004) . **سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة** . غزة، فلسطين.

36) الحديدي، منى (1994) . دمج الأطفال المكفوفيــن في المدارس العادية، وجهة نظر المعلميــن . **مجلة أبحاث اليرموك**، سلسلة العلوم الإنسانيــة والاجتماعية، المجلد " 10 "، العدد " 3 "، عمان، الأردن .

37) الحديدي، منى (1998) . **مقدمة في الإعاقة البصرية** . ط 1، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان ، الأردن .

38) الحديدي، منى (2003) . قيم المكفوفين في مرحلة المراهقة وعلاقتها بالعمر والجنس. **مجلة مركز البحوث التربوية**، السنة " 12 "، العدد " 24 "، جامعة قطر، الدوحة، قطر .

39) الحفني، عبد المنعم (1975). **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي " إنجليزي ــ عربي** ". الجزء " 1 "، مكتبة مدبولي، القاهرة، مصر .

40) الخريبي، هالة فاروق (1993) . التوافق النفسي والاجتماعي للطالبات المتفوقات دراسيا في المرحلة الثانوية . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

41) الخطيب، جمال (1997) . **الإعاقة السمعية** . دائرة المكتبة الوطنية، عمان، الأردن .

42) الخطيب، جمال (2005) . مقدمة في الإعاقة السمعية . ط 2، دار الفكر، عمان، الأردن .

43) الخطيب، محمد جواد (2003) . **علم النفس الفسيولوجي " دراسة في العلاقة بين النفس والجسم** " . كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة، فلسطين .

44) الخطيب، محمد جواد (2004) . **التوجيه والإرشـــاد النفسي بين النظرية والتطبيق** . ط 3، مكتبة آفاق، غزة، فلسطين .

45) الخــليفي، سبيــكة يوسف (1994) . المشكلات السلوكية لدى أطفال المدرسة الابتدائية بدولة قطر . **مجلة مركز البحوث التربويــة بجامعة قطر**، السنة " 3 "، العدد " 6 ".

46) الدسوقي، انشراح (1991) . التحصيل الدراسي وعلاقته بكل من مفهوم الذات والتوافق النفسي . **مجلة علم النفس**، المجلد " 5 "، العدد " 20 " .

47) الدسوقي، كمال (1988) . **ذخيرة علوم النفس** . الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

48) الدمنهوري، رشاد (1996) . بعض العوامل النفسية الاجتماعية ذات الصلة بالتوافق الدراسي – دراسة مقارنة . **مجلة علم النفس**، عدد " 38 "، السنة " 10 "، الهيئة المصرية العامة للكاتب، القاهرة، مصر .

49) الدهان، منى حسين (2003) . السلوك الإداري للمراهق الكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية . **دراسات نفسية**، المجلد " 13 "، العدد " 4 "، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

50) الديب، أميرة (1992) . مفهوم الذات لدى الكفيف وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية . **مجلة معوقات الطفولة**، العدد " 1 " .

51) الديب، علي (1988) . التوافق الشخصي والاجتماعي للراشدين، **مجلة التربية الجديدة**، مجلد " 3 "، عدد " 11 " .

52) الرازي، محمد بن أبي بكر (1988) . **مختار الصحاح** . مكتبة لبنان، دائرة المعاجم، بيروت، لبنان .

53) الرفاعي، نعيم (1987) . **الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف** . ط 7، جامعة دمشق، سوريا .

54) الروسان، فاروق (2001) . **سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة** . ط 5، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

55) الزبيدي، محمد مرتضى (1966) . **تاج العروس من جواهر القاموس** . ط1، المطبعة الجمالية، القاهرة، مصر .

56) الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج (2003) . **الإعاقة السمعية** . دار وائل، عمان، الأردن .

57) الزعبي، أحمد (2001) . **الأمراض النفسية والمشكلات السلوكية والدراسية عند الأطفال** . دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

58) الزمخشري، محمود بن عمر بن محمد بن أحمد الخوارزمي (ب.ت) . **أساس البلاغة** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار "3" .

59) الزهراني، عيسى علي والغامدي، علي خلف والزهراني، خميس غائب (2001) . المشكلات السلوكية الشائعة لتلاميذ المرحلة الابتدائية بمدينة جدة التعليمية من وجهة نظر مديري المدارس والمرشدين الطلابيين والمعلمين " دراسة تحليلية مقارنة " . **بحث محكم**، جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية .

60) الزيادي، محمود (1969) . **أثر اختلاف النظم الاجتماعية في التوافق الدراسي للطلبة ــ دراسة مقارنة بين مجموعة من طلبة الجامعة الأردنية** . قراءات في علم النفس الاجتماعي في البلاد العربية، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، القاهرة، مصر .

61) السرطاوي، زيدان (1991) . أثر الإعاقة السمعية للطفل على الوالدين وعلاقة ذلك ببعض المتغيرات . **مجلة جامعة الملك سعود للعلوم التربوية (1)**، المجلد " 3 "، الرياض، المملكة العربية السعودية .

62) السرطاوي، زيدان وسيسالم، كمال (1987) . **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً خصائصهم وأساليب تربيتهم** . دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية .

63) السليطي، محمد عبد الله و حافظ، صلاح الدين مرسي (2002)، مدارس الصم وتحديات القرن الحادي والعشرين . ورقة عمل، **الندوة العلمية السابعة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم**، اللجنة الوطنية لذوي الاحتياجات الخاصة، الدوحة، قطر .

64) السميري، نجاح عواد (1999) . مستوى الطموح وعلاقته بالتوافق النفسي لدى الطلاب المتفوقين والمتأخرين دراسياً بكلية التربية الحكومية بمحافظات غزة . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

65) السندي، محمد شجاع (1990) . التوافق الاجتماعي والمسئولية الاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الثانويـــة السعودية في الريف والحضر . **رســـالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

66) السيد، فؤاد البهي (1980) . **علم النفس الاجتماعي** . دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

67) الشنداوي، محمد (1999) . **نظريات الإرشاد والعلاج السلوكي** . دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، مصر .

68) الصاغاني، الحسن بن محمد بن الحسن بن حيدر (ب.ت) . **العباب الزاخر واللباب الفاخر**. المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

69) الصباطي، إبراهيم سالم (1998) . الفروق في درجات الأعراض العصابية بين الصم والمكفوفين والعاديين . **مجلة اتحاد الجامعات العربية**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

70) الطلاقاني، إسماعيل بن العباس (ب.ت) . **المحيط في اللغة**. المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

71) الطهراوي، عطيات (1997) . الشقاق الأسري والاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

72) الطويل، محمد علي سليمان (2000) . التوافق النفسي المدرسي وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة الثانوية بمحافظة غزة . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

73) الطيب، محمد عبد الظاهر (1980) . أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصي والاجتماعي للمراهقين المكفوفين من الجنسين، **منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين**، مطبعة الجهاد، القاهرة، مصر .

74) العبسي، سمير إبراهيم (1998) . دراسة لبعض المشكلات النفسية لتلاميذ مرحلة التعليم الأساسي بمدينة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات الديموجرافية . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

75) العزة، سعيد حسيني (2000) . **الإعاقة البصرية** . ط 1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع – دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

76) العزة، سعيد حسيني (2001) . **الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة** . ط 1، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع – دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

77) العزة، سعيد (2002) . **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية** . الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع – دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

78) العيسوي، عبد الرحمن (2000) . **التربية النفسية للطفل والمراهق** . ط 1، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان .

79) الغامدي، كمال والغامدي، مساعد والزهراني، عيسى ومعدي، محمد (1999) . **المشكلات السلوكية في المرحلتين المتوسطة والثانوية بمحافظة جدة التعليمية** . جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية .

80) الفراهيدي، الخليل بن أحمد بن عمرو بن تميم (ب.ت) . **العين** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 ".

81) الفيروزأبادي، مجد الدين محمد (1991) . **القاموس المحيط**، الجزء "3"، دار إحياء التراث العربي، بيروت .

82) الفيومي، أحمد بن محمد (ب ت) . **المصباح المنير في غريب الشرح الكبير للرافعي**. مكتبة ومطبعة مصطفى الباري الحلبي، القاهرة، مصر .

83) القاسم، جمال وعبيد، ماجدة والزعبي، عمار (2000) . **الاضطرابات السلوكية** . دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

84) القاضي، علي (1994) . التوافق النفسي من منظور إسلامي . **مجلة منبر الإسلام،** المجلد "21"، العدد "4" .

85) القحطاني، سعيد محمد والغامدي، مساعد ومعدي، محمد (2001) . **قائمة المشكلات السلوكية لطلاب المرحلتين المتوسطة والثانوية** . جامعة الملك عبد العزيز، جدة، المملكة العربية السعودية .

86) القريطي، عبد المطلب (2003) . **في الصحة النفسية** . ط 3، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

87) القريطي، عبد المطلب (2005) . **سيكولوجية ذوي الاحتيـــاجات الخاصة وتربيتهم** . ط 4، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

88) القريوني، يوسف والسرطاوي، عبد العزيز والصمادي، جميل (1998) . **المدخل إلى التربية الخاصة** . دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة .

89) القوصي، عبد العزيز (1975) . **أسس الصحة النفسية** . مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

90) اللقاني، أحمد حسين والقرشي، أمير (1999). **مناهج الصم التخطيط والبناء والتنفيذ.** ط 1،عالم الكتب، القاهرة، مصر .

91) المركز الوطني للتأهيل المجتمعي (2003) . **نتائج المسح الميداني الشامل لكافة محافظات غزة** . النصر، غزة، فلسطين .

92) المزروعي، شيخة (1990) . التوافق الزواجي وعلاقته بسمـــات شخصية الأبناء . **رسالة ماجستير (غير منشورة)** كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

93) المغازي، إبراهيم محمد (2004) . **أطفالنا المعاقين إلى أين** . مكتبة جزيرة الورد، المنصورة، مصر .

94) الملا، سلوى (ب ت) . دراسة مقارنة للذكاء الاجتماعي والاستعداد التعليمي بين الأطفال الصم وعاديي السمع . **بحث غير منشور**، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

95) المليجي، عبد المنعم والمليجي، حلمي (1971) . **النمو النفسي** . دار النهضة العربية، بيروت، لبنان .

96) الميقاتي، نعمات (2001) . محاضرات في تربية الصم . **دورة إعداد معلمي المرحلة الإعدادية للصم**، مشروع المدرسة الإعدادية للصم، تجمع مؤسسة التعاون ومؤسسة الرؤية العالمية، غزة، فلسطين .

97) النجار، طارق محمد (2005) . مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي لتعديل سلوكيات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة لدى عينة من الأطفال الصم . **رسالة دكتوراه،** معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

98) النجار، محمد حامد (1997) . تقدير الذات والتوافق النفسي والاجتماعي لدى معاقي الانتفاضة جسمياً بقطاع غزة . **رسالة ماجستير**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

99) النيال، مايسة (2000) . **التنشئة الاجتماعية مبحث في علم النفس الاجتماعي** . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر .

100) الهيتي، هادي نعمان (2002) . الاتصال الجماهيري حول ظاهرة الإعاقة بين الأطفال . **مجلة الطفولة والتنمية**، العدد " 5 " .

101) باظه، آمـــال عبد السميع (1999) . **بحـــوث وقراءات في الصحة النفسية** . ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

102) باظه، آمال عبد السميع (1999) . **الصحة النفسية** . ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

103) باظه، آمال عبد السميع (2001) . **مقياس الاضطرابات السلوكية والوجدانية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والعاديين** . مكتبة الأنجلو المصريـــة، القاهرة، مصر .

104) بخيت، عبد الرحيم (1988) . الخصائص التوافقية والعصابية والذهانية لحالات عربية وأمريكية . **مجلة علم النفس**، العدد "6" .

105) بدران، عمرو حسن وعز الدين، أبو النجا أحمد (2003) . **ذوو الاحتياجات الخاصة، الإعاقات : الذهنية والحركية والبصرية والسمعية** . ط 1، مكتبة الإيمان، المنصورة، مصر .

106) بدوي، أحمد (1993) . الإسلام والتوافق النفسي للإنسان . **مجلة هدى الإسلام،** المجلد 20، العدد 2 .

107) بكر، سمير عبد الغفار (1993) . التوافق الاجتماعي لدى بعض الأطفال المعوقين بصرياً وضعاف البصر . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

108) بن علو، الأزرق (2003) . **كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة** . دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

109) بوحميد، منال منصور (1983) . **المعوقون** . ط1، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت .

110) بوشيل، سيجفريد وسيكولا، باتريشيا ووايدنمان، ليزلي وبرنر، جيمس، ترجمة: كريمان بدير (2004) . **الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة** . ط 1، عالم الكتب، القاهرة، مصر .

111) ثابت، عبد العزيز موسى (1998) . **الطب النفسي للأطفال والمراهقين** . ط 1، مكتبة اليازجي، غزة، فلسطين .

112) جابر، جابر عبد الحميد وكفافي، علاء الدين (1990) . **معجم علم النفس والطب النفسي** . الجزء " 3 "، دار النهضة العربية، القاهرة، مصر .

113) جاف، أنجيلا (1995) . **حقوق الإنسان للأشخاص ذوي الإعاقة** . الحق، لجنة الحقوقيين الدولية، رام الله، فلسطين .

114) جبل، فوزي محمد (2000) . **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** . المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر .

115) جلال، سعد (1986) . **في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية** . دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

116) حافظ، صلاح الدين مرسي (1995). **الأصم متى يتكلم؟ الأبجدية الصوتية لتعليم المعوقين سمعياً، دليل لمعلم الصم وضعاف السمع وللوالدين معاً** . ط 1، الجمعية القطرية لرعاية وتأهيل المعاقين، قطر، الدوحة .

117) حسين، محمد عبد المؤمن (1986) . **سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم** . دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر .

118) حقي، ألفت (2000) . **الاضطراب النفسي " التشخيص والعلاج والوقاية "** . الجزء " 1 "، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر .

119) حمودة، محمود عبد الرحمن (1991) . **الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج** . دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

120) خصيفان، تبره بنت جميل (2000) . فاعلية الأنشطة الفنية في تخفيض حدة السلوك العدواني لدى الأطفال الصم في مرحلة الطفولة المتأخرة . **ملخصات الرسائل الجامعية**، المجلد " 12 "، العدد "1" .

121) خصيفان، شذا بنت جميل (2000) . دراسة مقارنة للتكيف الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال المعاقين سمعياً وأقرانهم من الأسوياء في منطقة مكة المكرمة . **مجلة أم القرى للعلوم التربوية والاجتماعية والإنسانية**، المجلد "12"، العدد " 2 " .

122) خلف الله، زينب (1988) . دراسة دينامية التوافق النفسي لدى طفل المرحلة الابتدائية وعلاقته بعمل الأم . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر .

123) خير الله، سيد وبركات، لطفي (1967) . **سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته : دراسات نفسية تربوية اجتماعية للأطفال غير العاديين** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

124) دافيدوف، لندا ، ترجمة : محمود عمر وسيد الطواب (1980). **مدخل علم النفس** . دار المريخ، جدة، المملكة العربية السعودية .

125) دانيال، عفاف (1993) . أنماط الرعاية الأسرية لأطفال المرحلة الابتدائية بعد الطلاق وعلاقتها بتوافقهم النفسي والاجتماعي وتصور لدور الخدمة الاجتماعية في هذا المجال . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، القاهرة، مصر .

126) داود، عزيز حنا (1988) . **الصحة النفسية والتوافق** . المديرية العامة للإعداد والتدريب، وزارة التربية، العراق .

127) دبابنة، سمير (2000) . **نافذة على تعليم الصم** . مؤسسة الأراضي المقدسة للصم، عمان، الأردن .

128) دخان، نبيل (1997) . التوافق النفسي المدرسي لدى الطلبة الفلسطينيين العائدين من الخارج في المرحلة الإعدادية وعلاقتهم بالتحصيل الدراسي . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين .

129) راجح، أحمد عزت (1995) . **أصول علم النفس** . دار المعارف، القاهرة، مصر .

130) رضوان، فوقية حسن (2004) . **الاضطرابات المعرفية والمزاجية (تشخيص وعلاج)** . دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر .

131) زهران، حامد (1995) . **علم نفس النمو " الطفولة والمراهقة "** . ط5، عالم الكتب، القاهرة، مصر .

132) زهران، حامد (2001) . **الصحة النفسية والعلاج النفسي** . ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر .

133) زهران، حامد (2002) . **التوجيه والإرشاد النفسي** . ط 3، عالم الكتب، القاهرة، مصر .

134) سري، إجلال (1990) . **علم النفس العلاجي** . عالم الكتب، القاهرة، مصر .

135) سعفان، محمد أحمد (2001) . **الإرشاد النفسي للأطفال** . الجزء " 1 "، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر .

136) سليمان، عبد الرحمن (1998) . **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة** . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

137) سليمان، عبد الرحمن سيد (2002) . **معجم الإعاقة السمعية** . ط1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

138) سليمان، عبد الرحمن (2003) . **الإعاقة السمعية دليل الآباء والأمهات** . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

139) سوين، رتشاردم، ترجمة : أحمد عبد العزيز سلامة (1988) . **علم الأمراض النفسية والعقلية** . ط 1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، الكويت .

140) سيد، نعمة (1989) . التوافق النفسي لدى الأم العاملة والطالبة وعلاقته ببعض مظاهر الشخصية . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر .

141) سيسالم، كمال (1997) . **المعاقون بصرياً خصائصهم ومناهجهم** . الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر .

142) شاذلي، عبد الحميد محمد (1999) . **الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** . المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر .

143) شاهين، إيمان فوزي (1985) . أثر وفاة الأم على التوافق النفسي للأبناء من الجنسين " دراسة إكلينيكية " . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

144) شحادة، حسن والنجار، زينب (2003) . **معجم المصطلحات التربوية والنفسية " عربي – إنجليزي، إنجليزي – عربي"** . الدار المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر .

145) شحرور، غسان (1993) . تأهيل المعوقين بصرياً . **مجلة بلسم**، العدد "214"، مكتبة الجامعة الإسلامية، غزة، مصر .

146) شرشر، حنان محمد (1995) . التنشئة الاجتماعية للكفيفات وعلاقتها بالتوافق الشخصي والاجتماعي . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

147) شعبان، كاملة الفرخ وتيم، عبد الجابر (1999) . **الصحة النفسية للطفل** . دار الصفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

148) شند، سميرة محمد (1983) . مفهوم الذات والتوافق النفسي لدى الأطفال اللقطاء . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

149) شيفر، شارلز وميلمان، هوارد، ترجمة: نسيمة داود ونزيه حمدي (1989) . **مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها** . ط 1، منشورات الجامعة الأردنية، عمان، الأردن .

150) صبحي، سيد (1979) . **التوافق النفسي للكفيف المراهق وعلاقته ببعض المناشط داخل المدرسة** . دار مرجان للطباعة، القصر العيني، مصر.

151) صبحي، سيد (1983) . ابتكارية الكفيف دراسة نفسية للكفيف والكفيفة المبتكرة . **منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين**، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، مصر .

152) صبحي، سيد (1984) . التفاؤل والتشاؤم دراسة نفسية بين الكفيف والمبصر، **منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين**، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، مصر .

153) صبحي، سيد (1985) . السلوك التفاعلي للكفيف وعلاقته بالقدرة على الإنتاج، **منشورات المركز الوطني النموذجي لرعاية المكفوفين**، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، مصر .

154) صبحي، سيد (1986) . الكفيف والتطلع المهني . **منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين**، المطبعة التجارية الحديثة، القاهرة، مصر .

155) صوالحة، محمد أحمد (1999) . المشكلات النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال المعــوقين سمعياً (الصم) في الأردن . **مجلة جامعــة دمشق**، المجلد " 15 "، العدد " 2 " .

156) طنجور، إسماعيل (1998) . الاضطرابات الانفعالية والمشكلات السلوكية لدى أولاد المطلقين : دراسة ميدانية مقارنة في المدارس الابتدائية بمدينة دمشق . **مجلة جامعة دمشق**، المجلد "14"، العدد "3" .

157) طه، محمود (1980) . **قراءات في علم النفس الصناعي** . مكتبة الخافجي القاهرة، مصر .

158) عبد الحليم، عفاف محمد سيد (1992) . التوافق النفسي ومفهوم الذات عند أطفــال المقابر . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

159) عبد الحميد، سهام علي (2002) . فاعلية برنامج إرشادي في تحسين التوافق النفسي لدى المعاقين سمعياً . **مجلة كلية التربية،** جامعة عين شمس، العـــدد " 26 "، الجـــزء " 1 "، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

160) عبد الحي، محمد (2001)، **الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيـــل** . ط1، دار الكتاب الجامعي، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

161) عبد الخالق، أحمد (2001) . **أصول الصحة النفسية** . ط 2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر .

162) عبد الرحمن، محمد السيد وحسن، منى خليفة (2003) . **تدريب الأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية على المهارات النمائية** . ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

163) عبد الرحيم، عبد المجيد (1997) . **تنمية الأطفال المعاقين** . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

164) عبد الغفار، عبد السلام والشيخ، يوسف (1966) . **سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة** . دار النهضة العربية، القاهرة، مصر .

165) عبد اللطيف، مدحت (1990) **الصحة النفسية والتفوق الدراسي،** دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر .

166) عبود، سحر عبد الغني وعبود، صلاح الدين عبد الغني (2001) . دراسة لمفهـــوم الذات لدى الأطفـــال الصم وعلاقته بأسلوب رعايتـــهم . **مجلة كلية التربية،** المجلـــد " 4 "، العدد " 26 " .

167) عبيد، ماجدة (2000) . **السامعون بأعينهم " الإعاقة السمعية "** . ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

168) عبيد، ماجدة (2000) . **المبصرون بآذانهم** . ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .

169) عسكر، عبد الله (2001) . **الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

170) عفانة، عزو إسماعيل وكباجة، نعيم عبد الهادي (1997) . اتجاهات أولياء الأمور نحو سلوك أبنائهم الصم بمدينة غزة . **مجلة الجامعة الإسلامية،** المجلد " 5 "، العدد " 2 " .

171) عفيفي، محمد (1979) . مدى التوافق النفسي لضعاف البصر . **مجلة معوقات الطفولة،** العدد " 10 "، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، مصر .

172) عكاشة، أحمد (2003) . **الطب النفسي المعاصر** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

173) علي، عمرو رفعت وتوفيلس، هانم صالح (2001) . أثر عملية الدمج في تحسين عملية التوافق الاجتماعي والانفعالي لدى عينة من الأطفال الضعاف سمعياً . **مجلة الإرشاد النفسي**، العدد " 13 "، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

174) علي، محمد بيومي (1980) . حرمان الطفل من الأم وعلاقته بالتكيف الشخصي والاجتماعي . **رسالة ماجستير**، معهد دراسات الطفولة، القاهرة، مصر .

175) عوض، عباس (1984) . **الموجز في الصحة النفسية** . دار المعارف، القاهرة، مصر .

176) عوض، عباس (1985) . **مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك** . دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر .

177) عويدات، عبد الله وحمدي، نزيه (1997) . المشكلات السلوكية لدى طلاب الصفوف الثامن والتاسع والعاشر الذكور في الأردن والعوامل المرتبطة بها . **دراسات العلوم التربوية**، المجلد " 24 "، العدد " 2 " .

178) عيد، محمد إبراهيم (1997) . **أزمات الشباب النفسية** . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

179) غيث، محمد (1979) . **قاموس علم الاجتماع** . الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، مصر .

180) فارد، بريان (1987) . **سلسلة جسم الإنسان** : **العين والبصر** . دار إلياس العصرية للطباعة، القاهرة، مصر .

181) فارد، بريان (1987) . **سلسلة جسم الإنسان** : **الأذن والسمع** . دار إلياس العصرية للطباعة، القاهرة، مصر .

182) فالنتاين، شارلس، ترجمة : عبد العال الجسماني (1994) . **الطفل السوي وبعض انحرافاته، مقدمة عامة في سيكولوجية الطفولة** . ط 1، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

183) فايد، حسين علي (2001) . **العـدوان والاكتئاب في العصـر الحديث (نظرة تكاملية)** . ط 1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر .

184) فرّاج، عثمان لبيب (2001) . استراتيجيات مستحدثة في برامج رعاية وتأهيل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة . **مجلة الطفولة والتنمية**، العدد " 2 " .

185) فرج، محمود إبراهيم (1998) . أثر الإرشاد النفسي الديني في خفض بعض الاضطرابات السلوكية لدى المراهقين . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

186) فهمي، سمية أحمد (1968) . مجالات الصحة النفسية في المدرسة . **مجلة التربية الحديثة**، السنة " 42 "، العدد " 1 "، جامعة القاهرة، الجيزة، مصر .

187) فهمي، مصطفى (1970) . **الإنسان والصحة النفسية** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

188) فهمي، مصطفى (1980) . **مجــالات علم النفس** : **سيكولوجية الأطفال غير العاديين** . مكتبة مصر، القاهرة، مصر .

189) فهيم، كلير (1993) . **الاضطرابــات النفسية للأطفال** " **الأسبــاب، الأعراض، العلاج** ". مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

190) فوزي، إيمان (ب. ت) . **الصحة النفسية** . مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

191) قاسم، أنسي (1994) . مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين " دراسة مقارنة " . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

192) قديح، كمال زرعي (2001) . الضغوط النفسية لدى آباء المعاقين حركياً وعلاقته بالتوافق الأسري لديهم . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، جامعة الأقصى للعلوم التربوية، غزة، فلسطين .

193) كازدين، ألان، ترجمة :عادل عبد الله محمد (2003) . **الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين** . ط 2، دار الرشاد، القاهرة، مصر .

194) كاشف، إيمان فؤاد (2004) . **المشكلات السلوكية وتقدير الذات لدى المعاق سمعياً في ظل نظامي العزل والدمج** . معهد دراسات الطفولة، القاهرة، مصر .

195) كامل، محمد علي (1996). **سيكولوجية الفئات الخاصة** . مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

196) كباجة، نعيم (2001) . محاضرات في تربية الصم . **دورة إعداد معلمي المرحلة الإعدادية للصم**، مشروع المدرسة الإعدادية للصم، تجمع مؤسسة التعاون ومؤسسة الرؤية العالمية، غزة، فلسطين .

197) كفافي، علاء الدين (1990) . الصحة النفسية . هجر للطباعة والنشر والتوزيع، الجيزة، مصر .

198) كمال، طارق (2005) . **الصحة النفسية للأسرة** . مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية، مصر .

199) كونجر، جون وموسن، بول وكيجان، جيروم، ترجمة: أحمد سلامة وجابر عبد الحميد (1987) . **سيكولوجية الطفل والشخصية** . دار النهضة العربية، القاهرة، مصر .

200) مجمع اللغة العربية (1983) . **المعجم الوسيط** . المعاجم، موسوعة الشعر العربي، الإصدار " 3 " .

201) محمد، عادل عبد الله (2004) . **الأطفال الموهوبون ذوي الإعاقات** . ط 1، دار الرشاد، القاهرة، مصر .

202) محمد، عادل عبد الله (2004). **الإعاقة الحسية** . دار الرشاد، القاهرة، مصر.

203) محمد، محمد عودة (1995) . سمات الشخصية المميزة لحالات سوء التوافق وحالات الاضطراب النفسي في الكويت، دراسة ميدانية . **دراسات الخليج والجزيرة العربية،** العدد " 59 " .

204) محمد، فتحي أحمد الطاهر (2002) . مستوى القلق وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى الأطفال الصـــم وضعاف السمع " دراسة مقارنة ". **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

205) محمد، ليلى عبد الحميد (1985) . دراسة العلاقة بين مستوى التغذية والذكاء والتوافق النفسي والاجتمـــاعي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية . **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر، القاهرة، مصر .

206) محمد، مجدة أحمد (1995) . دراسة مقارنة لأبعاد التوافق النفسي والاجتماعي بين الطلبة والطالبات المتفوقين والطلبة والطالبات المتخلفين دراسياً وعلاقته بالانتماء . **دراسات نفسية**، الجزء "1" ، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

207) محمود، أمان (1998) . الشعور بالوحدة النفسية، الوعي بالذات، أبعاد وجهة الضبط لدى الأطفال المعاقين بصرياً . **مجلة معوقات الطفولة**، العدد " 7 " .

208) محمود، عمر الفاروق (1986). الفاعلية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى قطاعات من الشباب المصري . **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

209) محمود، محمد يوسف (1997) . المشكلات النفسية لدى الأطفال المكفوفين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي . **مجلة معوقات الطفولة**، العدد " 6 ".

210) مخيمر، صلاح (1978) . **مفهوم جديد للتوافق** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

211) مراد، عصام (2004) . **الاكتئاب مرض العصر الحديث** . دار الطلائع للنشر والتوزيع والتصدير، القاهرة، مصر .

212) مرحاب، صلاح (1984). التوافق النفسي وعلاقته بمستوى الطموح " دراسة مقارنة بين الجنسين في مرحلة المراهقة بالمغرب " . **رسالة دكتوراه،** معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

213) مليكه، لويس (1970) . **قراءات في علم النفس الاجتماعي** . الجزء الرابع، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

214) مليكه، لويس كامل (1994) . **العلاج السلوكي وتعديل السلوك** . ط 2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

215) مندل، أيوجين وفيرنون، ماكي، ترجمة : عادل الأشول (1974) . **إنهم ينمون في صمت : الطفل الأصم وأسرته** . مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر .

216) منصور، طلعت (1982) . **الشخصيـــة السوية** . علم الفكر، المجلد " 13 "، العدد " 2 "، وزارة الإعلام، الكويت .

217) منصور، طلعت (ب ت) .**استراتيجيات الصحة النفسية كمدخل وظيفي لرعاية الأشخاص الصم (التعرف، التقدير، التدخل**). كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

218) مود، فيكي (2004) . **الضغط العصبي والاكتئاب عند الأطفال والمراهقين** . ط 1، قسم الترجمة، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

219) موسى، رشاد علي (2000) . **الصحة النفسية** . دار النهضة العربية، القاهرة، مصر .

220) موسى، رشاد علي (2001) . **أساسيات الصحة النفسيـــة والعلاج النفسي** . ط 1، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

221) موسى، رشاد علي والصباطي، إبراهيم سالم (1993) . دراسة مقارنة بين طفل القرية وطفل المدينة في المشكلات السلوكية والتوافقية . **مجلة مركز البحوث التربوية بجامعة قطر**، السنة " 2 "، العدد " 4 " .

222) موسى، فاروق (1981) . **علم النفس التربوي** . دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة، مصر .

223) مياسى، محمد (1997) . **الصحة النفسية والأمراض النفسية والعقلية** . دار الجيل، بيروت، لبنان.

224) نور، محمد عبد المنعم (ب. ت) . **الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل** . المكتبة المصرية اللبنانية، القاهرة، مصر .

225) هنا، عطية (1965). **اختبار الشخصية للأطفال** . دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر .

226) هنلي، مارتن ورامزي، روبرتا وألجوزين، روبورت، ترجمة : جابر عبد الحميد جابر (2004) . **خصائص التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة واستراتيجيات تدريسهم** . ط 1، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

227) هيرون، كريستين (2005) . **العلاج بالاسترخاء** : **الدليل العملي** . قسم الترجمة، دار الفاروق للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر .

228) وريكات، خوله يحيى والشحروري، ملك (1996) . المشكلات السلوكية للطلبة المكفوفين وعلاقتها بمتغيرات الجنس والعمر . **دراســات العلوم التربوية**، المجلد " 23 "، العدد "1" .

229) وولكر، سيدني، ترجمة : علي شعيب وسيد فرحات (2003) . **النشاط الحركي الزائد لدى الأطفال الأسباب والعلاج (دراسات حالة)** . ط 1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

230) يحيى، خوله (1992) . اتجاهات معلمي ومعلمات المدارس الحكومية العامة في المرحلة الأساسية ومعلمات المراكز الخاصة بالمعوقين في مدينة عمان نحو المكفوفين . **دراســات السلسلة " أ " العلوم الإنسانية**، عمادة البحــث العلمي بالجامعة الأردنيــة، المجلد " 21- أ "، العدد "1"، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين .

231) يوسف، جمعة (2000) . **الاضطرابات السلوكية وعلاجها** . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة، مصر .

232) يوسف، يوسف جلال (2003). دراسة تحليلية مقارنة لمدى وتركيز الانتباه البصري وعلاقتهما بالذكاء والتفكير الابتكاري لدى عينة من الصم والعاديين . **مجلة كلية التربية**، العدد " 27 "، الجزء " 4 "، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر .

233) يونس، أحمد وحنورة، مصري (1990). **رعاية الطفل المعوق صحياً ونفسياً واجتماعياً** . ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر .

234) يونس، انتصار (2000) . **السلوك الإنساني** . المكتبة الجامعية، الإسكندرية، مصر.

235) يونس، نعيمة (1983) . المناخ النفسي المدرسي في المرحلة الثانوية وعلاقته بالتوافق النفسي للطلاب . **رسالة ماجستير (غير منشورة)** كلية التربية ، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .

المراجـــع الإنجـليـزيــة

1) Altman, A.(1996) **. Meeting the needs of adolescents with impaired hearing** .In :F.Martin & J.Clark (Eds.), Hearing care for children. Allyn and Bacon , Boston .

2) Bazarus, A.A. (1971) **. Behavior therapy and beyond**. Mc Graw – Hill , New York .

3) English, H.B and English, A.C (1961) **. A comprehensive Dictionary of Philo- Sophical and Psychoanalytical Terms** .Longman, New- yark .

4) Eysenck, H.J. Amold, W.J. and Meili, R. (1972) : **Encyclopedia of psychology** . VoL. Herder KG, West Germany .

5) Lazarus, R. S. (1961**). Adjustment and personality** . McGraw – Hill, New-York .

6) Lloyd, (1973) **. Mental retardation and hearing impairment**. In A. G. Norris (Ed.), PRWAD Deafness Annual (Vol.3). Washington DC.

7) Miller, A .c. (1994). **Predicting Adolescent Adjustment from Measures of maternal Adjustment and Parenting style**. unpublished PHD Thesis, Taxas A &m university. PP

8) Moores. D. (1996). **Educating the deaf: Psychology, principles, and practices**. Houghton Mifflin Company, Boston .

9) Nunn, Gevald, D., and et(1983). **Perception of Personal and Familial Adjustment by children from intact single parent reconstituted families .** Journal lf social Psychology, Vol: 20 (2) .

10)Ross,A.O. (1974) . Psychological Disorders of Children **. A Behavioral Approach to Theory . Research and Therapy**, McGraw-Hill Comp, New York .

11)Scheiner, Albert et. Al., (1980). **The Practical Management of the Developmentally Disabled Child**. The C.V. Mosby company.

12)Schwartz, Scott Bainett (1995). **Temperament, School Adjustment Relations: Operationalizing Goodness of fit**. Unpublished PHD Thesis, State university of California .

13)Serrano – Miranda- Amarilis (1999). Early in tervention program for the prevention of emotional and behavioral problems in deaf children**. For Advanced Studies,** U.S, Dissertation Abstracts International

14)Shaffer, G. & Shoben, A. (1956) **. The Psychology of Adjustment, A Dynamic And Experimental Approach to Personality And Mental Hygiene**. Houghton Mifflin Co, Boston .

15)Smith, D. (2001**). Introduction to special education: Teaching in an age of challenge**. Allyn and Bacon, Boston .

16)Super, D. E. (1957) **. The Psychology of Carreers : An Introduction to Vocational Development** . Harper and Brothers, New-york .

17)Woolman, B. (1973) .Dictionary of Behavioral Sience . **Van Nostrand R einhold**, New – York .

18)Wulf, Verginia C. (1977) **. Parent death in child- hood and later Psychological Adjustment," Dissertation, Abstracts International, Vol**. 37, No (12-B) .

19)Ysseldyke, J. & Algozzine, B. (1995) .**Special Education –A practical Approach for Teachers**. Houghton Mifflin

ملحق " مُحرّم "

جدول يوضح توزيع طلاب مجتمع الدراسة بصورته الأولية على المؤسسات المستهدفة

اسم المؤسسة	العنوان	نوع الإعاقة	عدد الطلبة
جمعية تأهيل المعاقين	جباليا	صم	جمادى ثان رجب
جمعية أطفالنا الصم	غزة	صم	رمضان رجب مُحرّم
مركز التدريب والتأهيل	النصيرات	صم	جمادى أول ربيع أول
جمعية دير البلح للتأهيل	دير البلح	صم	ربيع أول جمادى ثان
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	خان يونس	صم	شعبان شعبان
جمعية الأمل للمعاقين	رفح	صم	شوّال ربيع أول مُحرّم
إجمالي الصم			مُحرّم رجب جمادى أول
مدرسة النور والأمل	غزة	مكفوفين	صفر ربيع ثان
مركز النور للمعاقين بصرياً	غزة	مكفوفين	شعبان مُحرّم مُحرّم
إجمالي المكفوفين			شوّال جمادى ثان مُحرّم
الإجمالي الكلي			مُحرّم ربيع أول رجب

ملحق رقم " صفر "

توزيع أفراد المجتمع الأصلي للدراسة من الطلاب الصم والمكفوفين على الصفوف الدراسية في المرحلتين الأساسية والثانوية

اسم المؤسسة	الثالث	الرابع	الخامس	السادس	السابع	الثامن	التاسع	العاشر	الحادي عشر	المجموع
جمعية تأهيل المعاقين	شعبان	محرم شوال	شعبان	رمضان	رجب	رجب				رمضان ربيع ثان
جمعية أطفالنا الصم	ربيع أول صفر	ربيع ثان جمادى ثان	شوال صفر	صفر ربيع أول	محرم محرم	رجب	ربيع ثان			ربيع ثان محرم ربيع أول
مركز التدريب والتأهيل		ربيع أول	ربيع ثان	جمادى أول	ربيع ثان	جمادى ثان	جمادى أول			رجب صفر
جمعية دير البلح للتأهيل	رمضان	شعبان	ربيع أول محرم							شوال ربيع أول
مدرسة الهلال للتربية الخاصة	جمادى أول	صفر محرم	جمادى ثان محرم	رجب	صفر					صفر ربيع ثان
جمعية الأمل للمعاقين	محرم ربيع أول	صفر محرم	ربيع أول محرم	ربيع أول محرم	صفر محرم	رجب	صفر			صفر رجب
إجمالي الصم	**جمادى أول شعبان**	**رمضان محرم**	**ربيع ثان رجب**	**شعبان جمادى ثان**	**ربيع أول ربيع ثان**	**رجب صفر**	**محرم محرم**			**جمادى ثان ربيع أول ربيع أول**
مركز النور للمعاقين بصرياً	صفر صفر	شوال صفر	جمادى ثان	شعبان						جمادى ثان جمادى أول
مدرسة النور والأمل					شعبان	محرم محرم	رجب	ربيع أول	محرم	شوال ربيع أول
إجمالي المكفوفين	**صفر صفر**	**شوال صفر**	**جمادى ثان**	**شعبان**	**شعبان**	**محرم محرم**	**رجب**	**ربيع أول**	**محرم**	**جمادى ثان شعبان**
الإجمالي الكلي	**شعبان شوال**	**محرم محرم محرم**	**شوال شعبان**	**جمادى ثان رجب**	**صفر ربيع ثان**	**ربيع أول شعبان**	**محرم شعبان**	**ربيع أول**	**محرم**	**ربيع ثان ربيع ثان رمضان**

ملحق " 3 "

توزيع عينة الصم الفعلية على الصفوف الدراسية

اسم المؤسسة	**الثالث**	**الرابع**	**الخامس**	**السادس**	**إجمالي**	**السابع**	**الثامن**	**التاسع**	**إجمالي**	**المجموع**
جمعية تأهيل المعاقين	3	4	2	3	12	2	1	-	3	15
جمعية أطفالنا الصم	4	4	2	8	18	2	1	2	5	23
مركز التدريب والتأهيل		1	2	3	6	3	3	3	9	15
جمعية دير البلح للتأهيل	6	4	7		17					17
مدرسة الهلال للتربية الخاصة		6	6	5	17	2			2	19
جمعية الأمل للمعاقين	7	7	4	6	24	4	2		6	30
الإجمالي	**20**	**26**	**23**	**25**	**94**	**13**	**7**	**5**	**25**	**119**

ملحق رقم " 4 "

المراسلات

1) مراسلات تختص بتسهيل مهمة الباحثة النظرية والتطبيقية

2) مراسلات تستهدف الإعداد للورشة التدريبية والمشاركة فيها

أولاً : مراسلات تختص بتسهيل مهمة الباحثة

1- أسماء المؤسسات التي تم مراسلتها لتسهيل مهمة الباحثة

1) جميع مؤسسات مجتمع الدراسة
2) المركز الوطني للتأهيل المجتمعي
3) الجمعية الوطنية للتأهيل
4) الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني
5) مستشفى النصر للعيون بغزة
6) وكالة غوث وتشغيل اللاجئين
7) وزارة التربية والتعليم العالي

إضافة إلى جملة من المؤسسات التعليمية بجمهورية مصر العربية أمثال :

1) كلية التربية بجامعة عين شمس
2) المكتبة المركزية لجامعتي القاهرة وعين شمس
3) معهد الدراسات العليا للطفولة ومعهد الدراسات النفسية
4) جمعية النور والأمل للمكفوفين بالقاهرة

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد / **حفظه الله ورعاه**

تحية طيبة وبعد،،،

يسرنا بداية أن نثمن جهودكم الرائدة والمتميزة لخدمة الطلبة والطالبات في مدارسنا الفلسطينية عمة ومدرسة النور والأمل للمكفوفين خاصة وحرصكم الدؤوب على أن تصلوا بهم إلى أعلى الدرجات العلمية ومواكبة التقدم العلمي والتكنولوجي في شتى المجالات بكل كفاءة وتميز وتشجيعكم للبحث العلمي الذي من شأنه أن يساهم في تحقيق أهدافكم السامية في هذا الإطار

ومن هنا فإنني إحدى طالبات الجامعة الإسلامية قسم الدراسات العليا في كلية التربية قسم علم نفس تربوي وأطمح في تطبيق الجانب العملي من رسالتي المقدمة للجامعة لنيل درجة الماجستير من خلال الدراسة التي تحمل عنوان

"الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين"

على طلاب مدرسة النور والأمل التابعة لإدارتكم ــ كفئة مستهدفة من مجتمع الدراسة المذكورة ــ لخدمة البحث العلمي فقط

ولذا فإننا نأمل الحصول على موافقتكم ومنحنا الإذن بتطبيق إجراءات الدراسة على الأطفال وأخذ ما يلزم من معلومات عنهم

سائلين المولى القدير أن يوفقكم إلى ما فيه الخير لأبنائنا الطلاب ويسدد خطاكم إلى ما فيه النفع والفائدة للجميع

وتقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير

ابنتكم الطالبة

ليلى أحمد وافي

اليوم: التاريخ:2005/3/19م

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد / جهاد أبو حطب   المحترم،،

المدير الإداري لمدينة الأمل

تحية طيبة وبعد...

الموضوع : منح تسهيلات لتطبيق مقاييس بحثية

يسرنا بداية أن نثمن جهودكم الرائدة والمتميزة في خدمة أبناء شعبنا الفلسطيني . ومن هنا فإنني أتقدم لسيادتكم بطلب منحي الأذن وبعض التسهيلات اللازمة لتطبيق مقياسي الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي على الأطفال الصم من سن (7-16 سنة) الملتحقين بالدراسة في مدرسة التأهيل التابعة للجمعية وذلك في سبيل خدمة موضوع الدراسة والذي يحمل عنوان الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين والذي تقدمت به لنيل درجة الماجستير في الجامعة الإسلامية وتحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية .

سائلين المولى القدير أن يسدد خطاكم ويوفقكم لما فيه الخير

وتقبلوا فائق الاحترام والتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم



الجامعة الإسلامية - غزة

THE ISLAMIC UNIVERSITY OF GAZA

الرقم: ج س غ/35/ Ref

التاريخ: 2004/06/22 Date

الأخ الدكتور/ حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

الموضوع /تسهيل مهمة الطالبة/ ليلى أحمد وافي

نرجو التكرم بتسهيل مهمة الطالبة/ ليلى أحمد وافي، المسجلة في برنامج الماجستير في كلـية التربـية قسم علم النفس وعنوان بحثها "الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسـي لـدى الأطفال الصم والمكفوفين" وذلك بمساعدتها في الحصول على البيانات الخاصة ببحثها في مستشفى النصر.

شاكرين لكم حسن تعاونكم ، ، ،



عميد الدراسات العليا

ا . د . أحمد يوسف أبو حلبية

مدير مستشفى النصر

ص.ب 108 الرمال - غزة - فلسطين هاتف (+970/8)286 3554-2823311 فاكس (+970/8)2863552

P.O.Box 108, Rimal,Gaza, Palestine Tel:(+970/8)286 3554-2823311 Fax: (+970/8)2863552

Web Site:www.iugaza.edu e-mail: public@mail.iugaza.edu





الجامعة الإسلامية - غزة
THE ISLAMIC UNIVERSITY OF GAZA

Iug / 35 /
2004/07/04

Ref .... :الرقم
Date .... :التاريخ

Director of UNRWA of Operations

Permission: **Facilitating the task of the student Lila Ahmed Wafi**

We beg your honor to facilitate the task of Lila Ahmed Wafi who is registered in M.A. Programme in Faculty of Education Psychology department titled "Psychological disorders and its relation with the Psycho-adjustment among deaf and blind children".

This, however can help her to obtain the needed data and information in her research.

We highly apprciate your kind co-operation.

Sincerely yours,

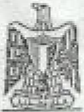
Ph.D. Ahmed Yousif Abu Halabia
Dean of postgraduate studies



P.O.Box 108, Rimal,Gaza, Palestine Tel:(+970/8)286 3554-2823311هاتف Fax: (+970/8)2863552 فاكس ص ب108 الرمال-غزة-فلسطين
Web Site:www.iugaza.edu e-mail: public@mail.iugaza.edu



السلطة الوطنية الفلسطينية
وزارة التربية والتعليم العالي



Palestinian National Authority
Ministry of Education & Higher Education

الإدارة العامة للتخطيط التربوي – غزة
الرقم: و ت ع مذكرة داخلية ٨٤٠
التاريخ: 05 جماد أول ، 1425هـ
الموافق: 24 يونيه ، 2004م

السيد/ مدير التربية والتعليم – غزة حفظه الله،،،
تحية طيبة وبعد،،،

الموضوع: إجراء بحث

تقوم الطالبة/ ليلى أحمد وافي المسجلة ببرنامج الماجستير في علم النفس بالجامعة الإسلامية بإجراء بحث بعنوان "الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي لدى الأطفال الصم والمكفوفين".

لا مانع من قيام الباحثة بزيارة مدرسة النور والأمل للمكفوفين بغزة والحصول على معلومات عن الطلبة بما يخدم بحثها، وإجراء الدراسة على عينة الطلبة المعنيين وذلك حسب الأصول.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

وزير التربية والتعليم العالي
وكيل الوزارة

د. عبد الله عبد المنعم

نسخة السيد/ م. مدير عام التخطيط التربوي

م.خ/ع.م

غزة، هاتف(2849311 -2861409 -08) فاكس(2865909-08)
Gaza (08-2861409-2849311) Fax:(08-2865909)
E-MAIL:MOEHE@GOV.PS

ثانياً : مراسلات تستهدف الإعداد للورشة التدريبية والمشاركة فيها

المؤسسات التي تم مراسلتها لاستضافة الورشة التدريبية

جمعية أطفالنا للصم

مركز النور للمعاقين بصرياً التابع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين

أسماء المؤسسات التي تم مراسلتها لحضور الورشة التدريبية

1) إدارة مدينة الأمل الطبية التابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني
2) جمعية أطفالنا الصم
3) جمعية الأمل لتأهيل المعاقين
4) جمعية جباليا للتأهيل
5) جمعية دير البلح لتأهيل المعاقين
6) مدرسة النور والأمل الحكومية
7) مركز النصيرات للتأهيل والتدريب الاجتماعي
8) مركز النور للمعاقين بصرياً التابع لوكالة غوث وتشغيل اللاجئين

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد / **المحترم،،،**

تحية طيبة وبعد،،،

يسرنا بداية أن نثمن جهودكم الرائدة المتميزة في خدمة أبناء شعبنا . ومن هنـــا فإننـــا نتوجـــه إليكم بطلب استضافتنا في قاعة الاجتماعات الخاصة بمؤسستكم لإقامة ورشة تدريبية تهــدف إلى توضيح الآلية التي يمكن اتباعها في تطبيق مقياسي الاضـــطرابات الـــسلوكية والتوافـــق النفسي، حرصاً على دقة وسلامة عملية التطبيق وإبداء الرأي في هذين المقياسين واللذين قمنا بإعدادهما كأدوات لإتمام دراسة لنيل درجة الماجستير بعنوان

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليـــا بالجامعـــة الإســـلامية والتـــي ستتفضل مشكورة بالإشراف والإدارة لهذه الورشة .

وذلك يوم الأحد الموافق 2005/4/3م في تمام الساعة الحادية عشر صباحا

شاكرين لكم حسن تعاونكم وسائلين الله عز وجل لكم التوفيق

ولكم منا فائق الاحترام والتقدير

أختكم الطالبة

ليلى وافي

بسم الله الرحمن الرحيم

السيد/ المحترم،،،

تحية طيبة وبعد،،،

يسرنا بداية أن نثمن جهودكم الرائدة والمتميزة في خدمة أبناء شعبنا . ومن هنا فإننا نتوجه لسيادتكم بطلب ترشيح اثنين من العاملين لديكم في المدرسة التابعة لمؤسستكم الموقرة – سواء في مجال الإرشاد أو التدريس (والراغبين في المساهمة معنا في عملية تطبيق المقاييس على الطلاب في المدرسة) لحضور ورشة تدريبية تهدف إلى توضيح الآلية التي يمكن اتباعها في تطبيق مقياسي الاضطرابات السلوكية والتوافق النفسي، حرصاً على دقة وسلامة عملية التطبيق وإبداء الرأي في هذين المقياسين واللذين قمنا بإعدادهما كأدوات لإتمام دراسة لنيل درجة الماجستير بعنوان

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بالتوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليا بالجامعة الإسلامية والتي ستتفضل مشكورة بالإشراف والإدارة لهذه الورشة .

وذلك يوم الأحد الموافق 2005/4/3م في تمام الساعة الحادية عشر صباحاً

والتي ستعقد في

سائلين الله عز وجل أن يوفقكم ويسدد خطاكم إلى ما فيه الخير والفلاح

ولكم منا فائق الاحترام والتقدير

أختكم الطالبة

ليلى وافي

ملاحظة :

يرجى تزويدنا بأسماء المرشحين لحضور الورشة في موعد أقصاه يوم السبت الموافق 2005/4/2 م

ملحق رقم " 5 "

مقياس الاضطرابات السلوكية للأطفال الصم والمكفوفين والعاديين

إعداد : الدكتورة آمال عبد السميع باظة

أولاً : مقياس الاضطرابات السلوكية

1- عدم التعاون :

أ- سلبي وغير متعاون ب- مقاوم للتفاعل ج- صعب التعامل

2- العدائية :

أ- غاضب ب- لديه استياء وجداني ج- كثير الإهانات والاتهامات للآخرين

3- المخادعة والتلاعب :

أ- كاذب ب- مخادع ج- مستغل للآخرين

4- مكتئب المزاج :

أ- حزين ب- باكي دائماً ج- سلوكه اكتئابي

5- الشعور بالنقص :

أ- نقص الشعور بالثقة بالنفس ب- التقليل من قيمة الذات ج- الشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية

6- الانتحار :

أ- الأفكار الخاصة بالانتحار ب- التهديدات بالانتحار ج- محاولات الانتحار

7- التخيلات الغريبة :

أ- متكررة ب- شاذة وغير متوقعة ج- التخيلات الذاتية

8- الهذاءات (الضلالات) :

أ- أفكار خاصة بمشاعر العظمة ب- أفكار خاصة بالاضطهاد ج- أفكار خاصة بالظلم

9- الهلاوس :

أ- هلاوس سمعية ب- هلاوس مرئية أو شميه ج- إدراك هلاوس أخرى

10- النشاط الزائد (فرط النشاط) :

أ- الاستهلاك الزائد لطاقة الحركة ب- التغيرات المستمرة في الجلسة أو الوقفة ج- الانفعال

11- اللهو أو السرحان :

أ- ضعف التركيز ب- قصر فترة الانتباه ج- التفاعل مع المثير الثانوي

12- الانسحاب الانفعالي :

أ- العلاقة غير التلقائية مع الآخرين ب- نقص التفاعل ج- انخفاض النشاط

13- التبلد الوجداني (انعدام الحس الوجداني) :

أ- ضعف في التعبير الوجداني ب- مرتبك انفعالياً ج- مشتت الوجدان

14- التوتر :

أ- عصبي ب- غير مستقل (متململ) ج- حركاته عصبية بالأيدي والأرجل

15- القلق :

أ- قلق الانفعال ب- الانشغال بالموضوعات المثيرة للقلق ج- الخوف أو المخاوف

16- صعوبات النوم :

أ- عدم القدرة على الدخول في النوم ب- الاستيقاظ المتقطع ج- النوم لفترات قصيرة

17- اختلال التوجه :

أ- تشوش معرفته بالأشخاص ب- تشوش معرفته بالأماكن ج- تشوش معرفته بالأشياء

18- الأنماط الحركية الثابتة :

أ- إيقاعية ومنتظمة ب- متكررة ج- أسلوب للجلسة أو الوقفة أو الحركة

19- انحراف الكلام :

أ- مستوى النمو اللغوي منخفض ب- المستوى اللفظي أقل من المستوى العادي

ج- أخطاء في النطق

20- اضطراب الكلام والصوت :

أ- صوته مرتفع ب- كلامه زائد ج- الكلام مضغوط وغير مميز

21- الإقلال من التحدث أو الكلام :

أ- يصدر أقل ما يمكن من الألفاظ ب- لديه كف للاستجابة اللفظية ويلجأ للإشارة

ج- صوته منخفض

22- اضطراب أسلوب التواصل :

أ- يميل للعنف والعدوان ب- يلجأ للتعامل بالأيدي والدفع ج- يرتبك في استخدامه للإشارات والإيماءات

23- انخفاض مستوى التواصل :

أ- إدراكه للإشارات ضعيف ب- لا يتواصل مع مدرسيه وزملائه

ج- انخفاض مهارات التواصل الاجتماعية

24- انخفاض المشاركة مع الآخرين :

أ- لديه كف للتفاعل مع الآخرين ب- لديه أخطاء في أداء الإشارات

ج- لا يشارك في الأعمال الجماعية

ملحق رقم " 6 "

مرحلـــة التحكيــم

ملحق " 6 ، أ"

قائمة بأسماء المحكمين

د. بسام أبو حشيش : ماجستير إدارة تربية خاصة، دكتوراه إشراف تربوي على مؤسسات التربية الخاصة، مدرس غير متفرغ في قسم التربية الخاصة بجامعة الأقصى 1997- 2002، مشرف تربوي في جمعية أطفالنا للصم سابقاً .

د. جين كاردر : متطوعة لرعاية المعاقين منذ أكثر من 25عام، مشرف التأهيل بجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني، قائمة بأعمال عميد كلية تنمية القدرات التابعة لجمعية الهلال الأحمر الفلسطيني ومحاضرة بها .

د. كمال سيسالم : دكتوراه في ميدان التأهيل وعلم النفس، مؤلف متميز للكتب في ميدان المعاقين .

د. نعمات علوان : أستاذ الصحة النفسية جامعة الأقصى (غزة)، محاضر في كل من كلية تنمية القدرات وجامعة الأقصى للعلوم التربوية .

أ. **د. عاطف الأغا** : دكتوراه علم نفس، محاضر في كلية التربية علم نفس (الجامعة الإسلامية) .

د. أحمد أبو طواحين : برنامج غزة للصحة النفسية .

أ. **خالد البطراوي** : بكالوريوس خدمة اجتماعية، ماجستير علم نفس، أخصائي نفسي واجتماعي ومدير إداري بمؤسسة فلسطين المستقبل، مدير منتدب حالياً لمركز شمس، محاضر في كل من كلية تنمية القدرات وكلية المجتمع قسم تأهيل المعاقين .

أ. **سمير زقوت** : ماجستير علم نفس ــ صحة نفسية، معالج في برنامج غزة للصحة النفسية، مدير ومدرس في مدارس المرحلة الثانوية للبنين والبنات لما يزيد عن (14) عام سابقاً .

أ. **بشير الحجار** : محاضر في الجامعة الإسلامية، ماجستير علم نفس صحة نفسية .

أ. **باسم لافي** : ماجستير صحة نفسية، مدير مركز التشغيل التابع لبرنامج غزة للصحة النفسية (جباليا) .

أ. **أشرف عرام** : أخصائي نفسي واجتماعي، بكالوريوس خدمة اجتماعية عام 1990، دبلوم إرشاد نفسي ــ جامعة عين شمس عام 1992، ويعمل في وزارة الصحة منذ 12 عام، رئيس قسم الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بعيادة خان يونس النفسية المجتمعية التابعة للوزارة .

ملحق " 6، ب "

الرسالة الموجه للمحكمين

بسم الله الرحمن الرحيم

الأستاذ الدكتور /   المحترم

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة ليلى أحمد مصطفى وافي بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس من الجامعة الإسلامية بعنوان:

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

وذلك تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليا بكلية التربية الجامعة الإسلامية

وهذا يتطلب إعداد مقياسان لتطبيقهما على عينة الدراسة والمتمثلة في مجموعة من الأطفال الصم والمكفوفين من (7- 16) سنة في مدارس المعاقين في قطاع غزة .

ولذا نرجو منكم التكرم بالاطلاع على المقاييس المرفقة: التوافق النفسي، الاضطرابات السلوكية، و إبداء الرأي في عباراتها وبنائها من حيث الوضوح ومدى ملاءمتها لموضوع الدراسة .

مع العلم أن التدريج المستخدم في أداة القياس الأولى " التوافق النفسي " مرتبط بموافقة وعدم موافقة الأطفال على عبارات المقياس ويتضمن البنود التالية :

(1) أرفض بشدة   (2) أرفض   (3) ليس دائماً   (4) أوافق   (5) أوافق بشدة

أما بالنسبة لمقياس الاضطرابات السلوكية فسوف تكون الإجابة استناداً إلى التقرير الذاتي للطفل، والملاحظة والتقييم من جانب المشرفين، ويتكون من مجموعة من الخصائص لكل بعد، يطلب من الملاحِظ تخير أقربها وصفاً للطفل مستعيناً بالتدرج حسب درجة وجود الخاصية أو الصفة متخيراً أحد البنود الثلاثة التابعة للبعد . وذلك وفقاً لما يأتي :

لا توجد	بدرجة بسيطة جداً	بدرجة بسيطة	بدرجة متوسطة	أعلى من المتوسط
☐	☐	☐	☐	☐

درجة مرتفعة	بدرجة مرتفعة جداً

فعلى سبيــل المثال : في البعد الأول يتخير ما بين سلبي وغير متعاون، غاضب لديه استيــاء وجداني، كاذب مخادع مستغــل للآخرين ومن ثم يتخير أقرب المستويات مناسبة لدرجة الاضطراب عند الطفل ما بين (0-6)

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحثة : ليلى وافي

ملحق " 6، ت "

مقياس التوافق النفسي بصورته الأولية كما تم عرضه على المحكمين

يعرف التوافق النفسي بشكل أولي على أنه عملية دينامية مستمرة ذات أبعاد متعددة (شخصي، جسدي، أسري، مدرسي) أي على الصعيدين النفسي والاجتماعي، يسعى الفرد من خلالها لتحقيق حالة من الرضى والاتــزان بين دوافعه وحاجاته الذاتية وبين متطلبات بيئته وفقاً لمعايير تلك البيئة .

ويتحقق التوافق النفسي من خلال أبعاد أربعة هي:

أولاً: التوافق الشخصي ويمكن تعريفه بشكل مبدأي على أنه حالة من الاتزان والرضى تمكن الفرد من التغلب على مشاعر النقص والقصور التي تنتاب الفرد بسبب الإعاقة وشعوره بالتقبل والراحة والخلو من مشاعر الأسى والنقص

الرقم	العبارة	مدى انتماء العبارة للبعد		الفقرة مناسبة لغوياً		أي تعديلات مقدمة
		نعم	لا	نعم	لا	
1.	أوصف بأنني شخص متفائل					
2.	أنا إنسان غير مرغوب فيه					
3.	إعاقتي تمنعني من القيام بدور إيجابي في الحياة					
4.	حياتي تمتاز بأنها هادئة					
5.	نادراً ما أتعرض لمواقف ضاغطة تعكر علي حياتي					
6.	رضاي عن ذاتي يساعدني في التغلب على العوائق التي تواجهني					
7.	أمتلك القدرة على إشباع رغباتي على نحو يشعرني بالراحة					
8.	أعتمد على نفسي في قضاء احتياجاتي اليومية					

					أتناول طعامي بمفردي	9.
					تساعدني والدتي في تبديل ملابسي	10.
					أحتاج لمرافق عندما أتحرك داخل المنزل	11.
					حاجتي للمرافق تزداد عند خروجي لأي مكان خارج المنزل	12.
					لست بحاجة لمن يقودني عند الذهاب لمدرستي	13.
					مرحلة ما قبل المدرسة كانت أجمل أيام حياتي	14.
					أنا إنسان حزين	15.
					إعاقتي لا تحرمني من الشعور بالسعادة	16.
					أثق في قدرتي على عمل ما أريد	17.
					أبادر إلى عمل ما أريد دون أن يطلب مني أحد ذلك	18.
					أنا محبوب من والداي	19.
					سرعان ما يتقلب مزاجي بين المرح والحزن	20.
					ينتابني شعور بالقلق عندما أتعرض لمواقف سارة	21.
					نادراً ما أتمتع بلحظات السعادة التي تمر بي	22.
					وجودي في أماكن جديدة يشعرني بالقلق	23.
					إعاقتي لا تمنعني من مشاركة زملائي في النشاطات الاجتماعية المختلفة	24.
					أوصف بأنني إنسان قلق بطبعي	25.
					شعوري بالقلق يمنعني من المبادرة في القيام بأي عمل	26.
					أخاف من الأماكن الواسعة	27.
					وجودي في أماكن مظلمة يشعرني بالخوف	28.
					أشعر بالراحة عندما أكون بين جماعة الأصدقاء	29.
					أسعد لحظات حياتي عندما أكون بمفردي	30.
					أقدر جهدي في أي عمل أقوم به	31.
					أنا إنسان محب لبلدي	32.
					أنا إنسان هادئ بطبعي	33.
					لا أرغب بالمشاركة في أي نشاط	34.
					لدي القدرة على التغلب على إعاقتي	35.
					استخدام وسائل معينة يشعرني بالحرج	36.
					إعاقتي تمنعني من الشعور بالأمان	37.
					نادراً ما يكتشف الغرباء إعاقتي	38.
					أسير بمفردي في الطريق بشكل سليم	39.
					إعاقتي تجعلني دائماً بحاجة للآخرين	40.

ثانياً: التوافق المدرسي والذي يمكن تعريفه بشكل أولي على أنه حالة من الشعور بالقدرة على التأقلم والتلاءم والانسجام مع البيئة المدرسية وقبول تلك البيئة والشعور بالأمان والثقة في كافة عناصرها .

الرقم	العبارة	مدى انتماء العبارة للبعد		الفقرة مناسبة لغوياً		أي تعديلات مقدمة
		نعم	لا	نعم	لا	
1.	أنا شخص محبوب بين زملائي في المدرسة					
2.	لا أحب التغيب عن المدرسة لأي سبب					
3.	تقدير المدرسين لأدائي الدراسي يشعرني بالراحة					
4.	ينتابني شعور بالقلق كلما اقترب موعد المدرسة					
5.	سأكون مرتاحا أكثر لو التحقت بمدرسة عامة					
6.	أفضل الذهاب إلى المدرسة بسيارة عامة وليس في السيارة الخاصة بها					
7.	أتمنى أن أدرس في مدرسة عامة					
8.	وجودي في مدرسة خاصة يشعرني بالحرج					
9.	أنا محظوظ لأنني في هذه المدرسة					
10.	إشفاق المدرسين علي يشعرني بالنقص					
11.	أثق في قدرتي على تحسين سلوكي في المدرسة					
12.	إدارة المدرسة تتعاون معي					
13.	أشعر بالسعادة عندما أقوم بتأدية واجباتي على أكمل وجه					
14.	أشعر بالأمان وأنا وسط زملائي في المدرسة					
15.	وجودي في هذه المدرسة يزيد من رغبتي في مواصلة تعليمي					
16.	لا أرغب في الانتقال من مدرستي لأي مدرسة أخرى					
17.	أشعر بالقلق طوال اليوم الدراسي					
18.	أكره هذه المدرسة لأنها تذكرني بضعفي					
19.	أشعر بالتقدير بين زملائي					
20.	المدرسين في المدرسة يتعمدون إحراجي					
21.	زملائي في المدرسة ينتقدون سلوكي					
22.	أنا طالب محبوب بين المدرسين في مدرستي					
23.	ينتابني شعور بالرغبة في ترك المدرسة					
24.	يتحاشى زملائي في المدرسة الجلوس معي					
25.	وجودي في المدرسة يشعرني بالوحدة					
26.	أشعر بأنني إنسان غير مرغوب فيه داخل المدرسة					
27.	أشعر بالسعادة أكثر ما تكون وأنا بين زملائي في المدرسة					
28.	غيابي عن المدرسة يشعرني بالقلق					
29.	أصحو من النوم مبكراً في أيام الدراسة					

30.	أكون في المدرسة قبل زملائي					
31.	أفضل أن يكون جميع المدرسين في مدرستي يعانون نفس إعاقتي					
32.	مرسي المعوق يتفهم طبعي					
33.	أشارك في معظم النشاطات المدرسية بإرادتي					
34.	زملائي يسارعون لمشاركتي في النشاطات المدرسية معهم					
35.	المدرسين في مدرستي يقدرون نشاطي ويشجعونني					
36.	زملائي في الصف يحترمون رأيي					
37.	أتقبل نقد زملائي					
38.	أستطيع إيصال آرائي ومقترحاتي لزملائي بسهولة					
39.	يعيب زملائي طريقة حركتي					
40.	أحترم آراء زملائي					
41.	أرغب أكثر في التعامل مع المدرس غير المعاق					

ثالثاً : **التوافق الأسري** والذي يمكن تعريفه بشكل مبدأي على أنه حالة يتمكن الطفل من خلالها من الشعور بالأمان والانسجام والتقبل داخل الأسرة والتغلب على ما يتعرض له من مواقف ضاغطة وصراعات داخلها والتمتع بقدر من الرضى والتقدير والاحترام والقدرة على التفاعل بشكل إيجابي معها وتكوين علاقة منسجمة مع كافة عناصرها .

الرقم	**العبارة**	**مدى انتماء العبارة للبعد**		**الفقرة مناسبة لغوياً**		**أي تعديلات مقدمة**
		نعم	لا	نعم	لا	
1.	أعيش في جو أسري هادئ					
2.	أنا محبوب بين أفراد أسرتي					
3.	اخوتي يحرصون على مشاركتي لهم في اللعب					
4.	يتجنب اخوتي الحديث في موضوعاتهم الخاصة أمامي					
5.	ليس لي صديق بين أفراد أسرتي					
6.	أشعر بالأمان أكثر وأنا خارج المنزل					
7.	اخوتي يتجنبون مشاركتي في أي عمل يقومون به					
8.	أعبر عن رأيي بحرية في المسائل التي تهم الأسرة					
9.	والدي شخص عصبي					
10.	أشعر بالأمان أكثر وأنا وسط أسرتي					
11.	أتعرض لنقد لاذع من اخوتي					
12.	لا أتناول طعامي مع أفراد أسرتي					
13.	أسرتي تسعى لتجاهل وجودي بينها					
14.	أمي أكثر الناس تقديراً لمشاعري					
15.	خوف والدي الشديد علي يشعرني بالنقص					

16.	أود لو ألقى اهتماماً أكثر من أفراد أسرتي					
17.	اخوتي يتحرجون من ظهوري أمام زملائهم					
18.	أكثر أصحابي هم من بين زملاء اخوتي					
19.	والدي يحرص على اصطحابي معه في الزيارات العائلية					
20.	أشعر بالسعادة عندما تطلب مني أسرتي المشاركة في زيارة أحد أقاربي					
21.	تقبل أسرتي لإعاقتي يشعرني بالراحة					
22.	أنا عنصر مهم في أسرتي					
23.	يسخر أفراد أسرتي من آرائي					
24.	اخوتي يغارون من اهتمام والدي بي					
25.	يتهمني أفراد أسرتي بأنني عنصر معيق					
26.	يثق اخوتي في آرائي					
27.	التعاون هو عنوان لحياتنا داخل المنزل					
28.	والدي إنسان طيب					
29.	يبادلني أفراد أسرتي الاحترام					
30.	أمتلك علاقات جيدة مع جميع أفراد أسرتي					
31.	يقدر اخوتي أي عمل أقوم به					
32.	ينتابني شعور بالخوف عند قيامي بعمل ما أمام والدي					
33.	يصفني والدي بأنني إنسان ضعيف					
34.	حياتي بين أفراد أسرتي ممتعة					
35.	أحظى بقبول جيد بين أفراد أسرتي					
36.	المشاكل الأسرية تزيد من شعوري بالألم					
37.	تنتابني رغبة في الهروب من المنزل					
38.	أشعر بغربة أثناء وجودي في المنزل					
39.	والدتي إنسانة حنونة					
40.	ابتعادي عن أسرتي يشعرني بالخوف					
41.	فقد أحد أفراد أسرتي يعني نهاية سعادتي					
42.	أسرتي هي كل شيء في حياتي					

رابعاً : **التوافق الجسدي** ويمكن تعريفه بشكل أولي على أنه حالة من الاتزان الفسيولوجي والقدرة على مقاومة المشكلات الصحية التخلص من الآثار الفسيولوجية السلبية الناجمة عن الشعور بالضغط النفسي الذي يشمل الشعور بالعجز والنقص .

الرقم	**العبارة**	**مدى انتماء العبارة للبعد**		**الفقرة مناسبة لغوياً**		**أي تعديلات مقدمة**
		نعم	لا	نعم	لا	
1.	شعوري بأن شيء ما يتحرك أمام عيني يفقدني اتزاني					

2.	الأصوات العالية تفقدني القدرة على التركيز					
3.	عيناي تعاني من حساسية شديدة للضوء					
4.	أسمع صوت طنين مزعج في أذناي بشكل مستمر					
5.	أشعر بالراحة عندما تكون عيناي مغلقتان					
6.	تنتابني آلام في معدتي بشكل دوري					
7.	لا أمتلك القدرة على السير بشكل متناسق					
8.	سرعان ما يشوش تركيزي عند وجودي في أجواء صاخبة					
9.	سرعان ما يتصبب عرقي عند تعرضي لموقف ضاغط					
10.	يزعجني شعوري المستمر بالصداع					
11.	لا أستطيع السيطرة على حركة جسمي أثناء المشي					
12.	أعتمد على حواسي السليمة بشكل جيد لقضاء حاجاتي اليومية					
13.	الأصوات العالية تزعجني كثيراً					
14.	غالباً ما ينتابني شعور بالدوار عندما أتعرض لمواقف ضاغطة					
15.	سرعان ما أبكي في المواقف الصعبة					
16.	تصدر مني حركات مزعجة بشكل تلقائي					
17.	سرعان ما أصاب بالزكام					
18.	تنتقل لي الأمراض المعدية بسرعة					
19.	أعاني من آلام حادة في أذناي					
20.	أستخدم قطرات مرطبة لعيني بشكل مستمر					
21.	سرعان ما أتعرض للإصابة بالمرض					
22.	غلباً ما أضطر للذهاب إلى المستشفى للعلاج					
23.	أسناني تؤلمني بشكل مستمر					
24.	غالباً ما أصاب أثناء اللعب					
25.	لا أسمع ما أقول جيداً					
26.	أعاني من صعوبات في النطق					
27.	يتساقط شعر رأسي بكثافة					
28.	كثيراً ما أشكو من صداع نصفي					
29.	فيما قبل المدرسة أزعج والدتي كثرة إصابتي بالمرض					
30.	سرعان ما أشعر بالإرهاق عند بذل أي جهد					
31.	أعاني من غازات شديدة في معدتي					
32.	أتمنى أن أموت دون أن أصاب بالمرض					
33.	شكل عيناي يشعرني بالحرج					
34.	أنا قلق من أن أصاب بمرض خطير					
35.	شهيتي ضعيفة للطعام					

36.	نومي متقطع في الليل					
37.	أحتاج لفترة طويلة قبل الاستغراق في النوم					
38.	غالباً ما تراودني أحلام مزعجة أثناء نومي					
39.	نادراً ما أتغيب عن مدرستي بسبب المرض					
40.	سرعان ما أتنبه من نومي عند صدور أي صوت					
41.	تراودني رغبة شديدة بالانتحار					

ملحق " 6، ث "

جدول يعرض تقديرات الباحثة لآراء المحكمين بالتفصيل

رقم العبارة	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	محكم 1	المجموع	المتوسط
1	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	32	2.9
2	3	3	3	2.5	3	3	3	2.5	3	2.5	3	31.5	2.8
3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	2.5	3	29.5	2.68
4	3	3	*	3	3	3	3	2.5	3	0	3	26.5	2.4
5	3	3	0	2.5	3	3	3	2.5	3	3	3	29	2.6
6	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	2.5	3	32	2.9
7	3	3	*	2	2.5	3	3	2	3	2	3	26.5	2.4
8	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	30	2.7
9	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	3	30	2.7
10	3	2	3	2.5	3	3	3	3	2	3	3	30.5	2.77
11	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	32	2.9
12	3	3	3	2.5	3	3	3	2.5	2	2.5	3	30.5	2.77
13	3	3	*	2.5	3	3	3	3	2	0	3	25.5	2.3
14	3	3	3	0	3	3	3	3	2.5	3	3	29.5	2.68
15	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	2	3	31.5	2.86
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	32	2.9
17	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	33	3
18	3	3	3	2	3	3	3	2	3	2.5	3	30.5	2.77
19	3	3	3	2.5	3	3	3	3	0	3	3	29.5	2.68
20	3	3	3	3	3	3	3	2	2.5	3	3	31.5	2.86
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	32.5	2.95
22	3	3	*	2.5	3	3	3	2.5	3	0	3	26	2.36
23	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	31	2.8
24	3	3	3	3	0	3	3	2.5	2	2.5	3	28	2.5

2.86	31.5	3	2.5	3	3	3	3	2	3	3	3	3	25
2.95	32.5	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	26
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	27
2.77	30.5	3	2	2	2.5	3	3	3	3	3	3	3	28
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	29
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	30
2.36	26	3	0	3	2	3	3	3	3	*	3	3	31
2.68	29.5	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	0	3	32
2.36	26	3	2	3	2	3	3	3	2	*	2	3	33
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	34
2.95	32.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	35
2.86	31.5	3	2.5	3	3	2	3	3	3	3	3	3	36
2.9	32	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	37
2.1	23.5	3	0	3	2.5	2	3	3	2	*	2	3	38
2.36	26	3	2	0	3	3	3	3	3	*	3	3	39
2.3	25.5	3	0	3	2.5	3	3	3	3	*	2	3	40
2.68	29.5	3	3	3	3	0	3	3	2.5	3	3	3	41
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	42
2.95	32.5	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	43
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	44
2.6	29	3	2.5	3	3	3	2.5	0	3	3	3	3	45
2.77	30.5	3	3	3	2	3	3	2	2.5	3	3	3	46
1.5	17.5	3	0	0	3	3	2.5	3	0	*	0	3	47
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
2.8	31	3	2.5	3	2.5	3	3	3	3	2	3	3	49
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50
2.8	31	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	51
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	52

3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53
2.7	30	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	54
2.9	32	3	2.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	55
1.9	21	3	0	0	3	3	3	3	3	*	0	3	56
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	57
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59
2.77	30.5	3	2	2.5	3	3	3	3	3	2	3	3	60
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	61
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	33	3	62
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	63
2.95	32.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	64
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	65
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66
2.5	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	67
2.4	26	3	0	3	3	3	3	3	3	*	2	3	68
2.95	32.5	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	3	69
2.5	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	70
2.6	29	3	2.5	3	2.5	3	3	3	3	3	0	3	71
2.6	29	2.5	2.5	.2	2.5	3	2.5	3	2.5	3	2.5	2.5	72
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	73
2.95	32.5	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	74
2.9	32	3	3	3	2.5	3	3	3	3	3	3	2.5	75
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	76
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	77
2.5	27	3	2	3	2	3	3	3	3	*	2	3	78
2.36	26	3	0	3	3	3	3	3	3	*	2	3	79
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	80

3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	81
2.5	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	82
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	83
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	84
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	85
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	86
2.5	27	3	2	3	3	3	3	3	2	*	2	3	87
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	88
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	89
2.95	32.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	90
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	91
2.9	32	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	92
2.95	32.5	3	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	3	93
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	94
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	95
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	96
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	97
2.95	32.5	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	3	3	98
2.95	32.5	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	3	3	99
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	100
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	101
2.86	31.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	2	3	3	102
2.9	32	3	2.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	103
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	104
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	105
2.77	30.5	3	2.5	3	2	3	3	3	3	2	3	3	106
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	107
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	108

2.2	24	3	0	3	3	3	3	3	3	*	0	3	109
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	110
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	111
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	112
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	113
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	114
2.5	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	115
2.5	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	116
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	117
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	118
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	119
1.9	21	3	0	3	3	3	3	3	0	*	0	3	120
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	121
2.95	32.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	122
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	123
2.9	32	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	124
2.86	31.5	3	2.5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	125
2.9	32	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	126
2.9	32	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	127
2.7	30	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	128
2.5	27	3	3	3	3	3	3	0	3	*	3	3	129
2.5	27	3	3	3	3	3	3	3	3	*	0	3	130
2.4	26.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	*	0	3	131
2.86	31.5	3	2.5	3	2.5	3	3	3	3	2.5	3	3	132
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	133
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	134
2.95	32.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	135
2.86	31.5	3	2.5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	136

2.77	30.5	3	2.5	3	2.5	3	3	3	2	2.5	3	3	137
2.9	32	3	2.5	3	3	3	3	3	3	2.5	3	3	138
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	139
2.45	27	3	0	3	3	3	3	3	3	*	3	3	140
2.7	30	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	141
2.7	30	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	142
2.68	29.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	0	3	3	143
2.45	27	3	3	3	2	3	3	3	2	*	2	3	144
2.5	28	3	2.5	3	2	3	3	3	2.5	0	3	3	145
2.68	29.5	3	2.5	3	3	3	3	3	3	0	3	3	146
2.59	28.5	3	3	3	2.5	3	3	2	3	0	3	3	147
2.5	28	3	3	2	3	3	3	2	3	0	3	3	148
2.59	28.5	3	2.5	2	3	3	3	3	3	0	3	3	149
2.7	30	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	150
2.59	28.5	3	2.5	3	2.5	3	3	3	2.5	0	3	3	151
2.68	29.5	3	3	3	3	3	3	3	2.5	0	3	3	152
2.6	29	3	2.5	3	3	3	3	3	2.5	0	3	3	153
2.6	29	3	3	3	2	3	3	3	3	0	3	3	154
2.45	27	3	2	3	2	3	3	3	3	*	2	3	155
2.9	32	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	156
2.86	31.5	3	3	3	2.5	3	3	3	2	3	3	3	157
2.9	32	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	158
3	33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	159
2.95	32.5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2.5	160
2.86	31.5	3	3	3	3	3	3	3	2	2.5	3	3	161
2.9	32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	162
2.86	31.5	3	2.5	3	3	3	3	3	2.5	2.5	3	3	163
2.7	30	3	3	3	3	3	3	3	3	*	3	3	164

ملحق رقم " 6، ج "

ملاحظات المحكمين على مقياس التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

بعد انتهاء الباحثة من إعداد مقياس التوافق النفسي بأبعاده الأربعة (الشخصي، المدرسي، الأسري، الجسدي) للأطفال الصم والمكفوفين عمدت إلى اختيار أحد عشر محكماً من المختصين إما في ميدان علم النفس (الصحة النفسية) أو التأهيل (التربية الخاصة) وعرضت عليهم المقياس بصورته الأولية ؛ لإبداء آرائهم حول عباراته (صياغة وملاءمة للبعد) والتعريفات الإجرائية لكل من التوافق النفسي وأبعاده، فكانت تلك الآراء كما يأتي :

محكم " 1 "

رقم العبارة	البعد	الخطأ	نوعه	التعديل
35	التوافق المدرسي	المدرسين	لغوي	المدرسون
32	التوافق المدرسي	مرسي	إملائي	مدرسي
37	التوافق الجسدي	أحتاج لفترة طويلة	سياق	أحتاج لوقت طويل

محكم " 2 " : ففي بعد التوافق الشخصي تساءلت عن العلاقة بين العبارتين (12،13)، والرابط بين العبارتين (21، 22)، واقترحت تقليص عدد العبارات من (8 ـ 12)، وأشارت إلى أن العبارة (38) ترتبط بحدة الإعاقة والعبارتين (39، 40) تختص بالمعاقين بصرياً، وكذلك الحال بالنسبة للعبارة (39) من عبارات بعد التوافق المدرسي، والعبارة (7) من عبارات التوافق الجسدي، والذي ارتأت بأن العبارة (2) من بين عباراته ترتبط بكل من العبارتين (8، 13) بينما تدل العبارة (11) على معاناة الطفل من إعاقة أخرى .

وفي تعليق عام على المقياس أفادت بأنه من الواضح أن العبارات المستخدمة استغرقت الكثير من التفكير، فهي قصيرة بسيطة وواضحة وفي الغالب تبدوا ملائمة للموضوع، كما أن هناك توازن ملائم بين العبارات السلبية والإيجابية بما يتعلق ببعض العبارات التي مرت عليها، إلى أنه يبدوا بأن هناك ازدواجية غير ضرورية في الأسئلة (وهي ـ في اعتقادها ـ نقطة يجب أن يتم مراجعتها) هذا بالإضافة إلى أن العبارات ذات الدلالة الخاصة بالأطفال المعاقين بصرياً أكثر من تلك الخاصة بالأطفال المعاقين سمعياً (وهو أمر ربما يكون بحاجة إلى مراجعة؛ للتأكد من أنه لا يخلق مشكلة فيما يتعلق بتوازن المعلومات، أو إن كانت تتدخل في استخدام هذه العبارات المختارة).

محكم " 3 " وقد أفاد بضرورة إجراء تعديل صياغة على معظم عبارات مقياس التوافق النفسي عموماً، وأكد على لزوم حذف العبارات (3، 5، 8، 9) من بعد التوافق الشخصي، والعبارات (18، 19، 20، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31) من بعد التوافق الجسدي لأن جميعها (من وجهة نظره) لا تعطي أي دلالة، مع العلم بأن المقياس عرض عليه بعد إجراء التحكيم وتعديلاته، والتجريب ما قبل الاستطلاعي ؛ بهدف الاستئناس برأيه والاستفادة من خبرته المتميزة في ميدان التأهيل .

محكم " 4 "

رقم العبارة	البعد	الخطأ	نوعه	التعديل
2	التوافق الشخصي	أنا إنسان	الملاءمة	أشعر بأنني إنسان
5،22،38	التوافق الشخصي	نادراً ما	الملاءمة	لا تبدأ العبارة بـــ " نادراً "
7	التوافق الشخصي	أشبع رغبـــاتي بـــشكل يـــشعرني بالراحة	سياق	أمتلك القدرة على إشباع رغباتي على نحـــو يشعرني بالراحة
10	التوافق الشخصي	تغيير	لغوي	تبديل
12	التوافق الشخصي	عند خروجي لأي مكـــان خـــارج المنزل	صياغة	في الأماكن العامة
13	التوافق الشخصي	لست بحاجة إلى من يقودني عند الذهاب إلى مدرستي	صياغة	أعتمد على نفسي عند الـــذهاب إلى المدرسة
14	التوافق الشخصي	نص العبارة	عـــــدم الملاءمة	حذف العبارة
15	التوافق الشخصي	أنا إنسان حزين	صياغة	أشعر بالحزن
18	التوافق الشخصي	أبادر إلى عمل ما أريـــد دون أن يطلب مني أحد ذلك	صياغة	أبادر بالأعمال دون مساعدة من أحد
19	التوافق الشخصي	أنا محبوب من والداي	صياغة	أشعر بحب والداي لي
32	التوافق الشخصي	أنا إنسان محب لبلدي	صياغة	أحب بلدي
33، 34	التوافق الشخصي	نص العبارتين	صياغة	إعادة صياغة
1	التوافق المدرسي	أنا إنسان محبوب بين زملائي	سياق	أشعر بحب زملائي لي
2	التوافق المدرسي	لا أحب التغيب	لغوي	أكره التغيب
6	التوافق المدرسي	السيارة الخاصة بها	سياق	سيارة خصوصية
7	التوافق المدرسي	نص العبارة	تكرار	حذف العبارة
11	التوافق المدرسي	أثق في قدرتي على	لغوي	أتمتع بقدرة تساعدني على
14	التوافق المدرسي	نص العبارة	سياق	حذف كلمة " وأنا "
22	التوافق المدرسي	نص العبارة	صياغة	أشعر بحب المدرسين لي
29	التوافق المدرسي		صياغة	الدراسة
32	التوافق المدرسي	مرسي	إملائي	مدرسي
5	التوافق الأسري	نص العبارة	صياغة	إعادة صياغة
12	التوافق الأسري	نص العبارة	صياغة	أتناول طعامي بمفردي
39	التوافق الأسري	نص العبارة	تكرار	حذف العبارة

التعريف	التوافق الجسدي	الصحية التخلص من الآثار	صياغة	إعادة صياغة
14، 34	التوافق الجسدي	نص العبارتين	صياغة	إعادة صياغة
22،28،38،39	التوافق الجسدي	كثيراً، غالباً، نادراً	لغوي	لا تبدأ العبارات بأي منهم

محكم " 5 " لقد أشار إلى أن تعريف التوافق النفسي الذي ورد في المقياس يتسم بكونه نظري وأوضح بأن الهمزة في كلمة " مبدئي " على نبرة وليست على ألف، كما أفاد بأن العبارة (24) من عبارات بعد التوافق الشخصي ذاتها في العبارة (16)، واقترح استبدال العبارة (25)بعبارة يصفني الآخرين بأنني إنسان قلق، وتسائل عن طبيعة المستجيب أهو الكفيف أم الأصم ؟ وإذا ما كان الاثنان فهل الاستجابة للأول مثل الثاني ؟، أما بالنسبة لما يتعلق بالتوافق المدرسي فقد أشار إلى أن تعريفه غير كامل، كما اقترح حذف العبارة (5) لعدم وجود مدارس عامة للصم والمكفوفين (وكان لا بد للباحثة من أن تؤكد على أن المقصود بالمدارس العامة هي تلك المدارس التي يلتحق بها الأطفال غير المعاقين)، وتسائل عن انتماء العبارة (6) للبعد .

وفيما يتعلق بالتوافق الأسري أكد أيضاً على ضرورة تصحيح الخطأ الإملائي في كلمة (مبدأي) الواردة في التعريف، وأشار إلى التعارض بين العبارتين (17 و 18)، وأشاد بعبارات هذا البعد مع التأكيد على أنها متقاربة جداً ويقترح إجراء تحليل عاملي للتخلص من العبارات المتقاربة حسب مدى انتمائها للبعد، وبالنسبة للتوافق الجسدي فقد فضل استبدال " الجسدي " بـ " الجسمي " ــ فيما يتعلق بمسمى البعد ــ ، و " عيناي تعاني " في العبارة (3) بكلمة " تعانيان "، و ضرورة حذف العبارتين (5، 41) لعدم انتمائهما للبعد، والعبارة (6) لأنها دلالة على أن هناك نقص نفسي .

محكم " 6 " والذي أشار إلى أن الاستبيان مناسب وعلى بركة الله

محكم " 7 " وأفاد بأن هناك العديد من العبارات الإيحائية في المقاييس حيث أن الباحثة تسحب الإجابة من المبحوث رغماً عنه وتنبهه لأمور ربما تكون بعيدة عنه كل البعد، وأكد على أن العبارتين (36، 38) تمتازان بعدم الوضوح .

محكم " 8 "وقد اقترح أن يسمى المقياس " مقياس التوافق النفسي والاجتماعي "، وتلخص التعديلات التي أشار إليها على عبارات المقياس فيما يأتي :

رقم العبارة	بيان البعد	الخطأ	نوعه	التعديل المقترح
2	التوافق الشخصي	أنا إنسان	صياغة	أشعر بأنني إنسان
4	التوافق الشخصي	حياتي تمتاز بأنها هادئة	صياغة	أشعر بأن حياتي تمتاز بالهدوء
5	التوافق الشخصي	نادراً ما	سياق	أشعر بأنني
6	التوافق الشخصي	في التغلب على العوائق التي تواجهني	سياق	مواجهة العوائق
7	التوافق الشخصي	نص العبارة	صياغة	أشعر بأنني أمتلك القدرة على إشباع رغباتي
12	التوافق الشخصي	نص العبارة	سياق	حذف " لأي مكان "
18	التوافق الشخصي	نص العبارة	صياغة	لدي روح المبادرة
20	التوافق الشخصي	نص العبارة	سياق	يتقلب مزاجي بسرعة بين الحزن والفرح

22	التوافق الشخصي	نص العبارة	صياغة	أشعر بأن لحظات السعادة التي تمر بي قصيرة
24	التوافق الشخصي	الاجتماعية المختلفة	صياغة	في المشاركة الاجتماعية
25، 33	التوافق الشخصي	نص العبارة	سياق	حذف " بطبعي "
26	التوافق الشخصي	يمنعني من المبادرة في القيام	صياغة	يعيق قيامي
28	التوافق الشخصي	نص العبارة	صياغة	أخاف من الأماكن المظلمة
31	التوافق الشخصي	نص العبارة	صياغة	اشعر بالفخر عند قيامي بـأي عمل
38	التوافق الشخصي	نادراً ما	سياق	من الصعب أن
40	التوافق الشخصي	نص العبارة	سياق	حذف " دائماً
3	التوافق المدرسي	نص العبارة	سياق	حذف " الدراسي "
6	التوافق المدرسي	نص العبارة	صياغة	لا أحب الذهاب بسيارة مميزة للمدرسة
9، 15	التوافق المدرسي	في هذه المدرسة	صياغة	مدرسة خاصة بالمعاقين
31	التوافق المدرسي	يعانون نفس إعاقتي	صياغة	من المعاقين
32	التوافق المدرسي	مرسي *طبعي	إملائـي * سياق	مدرسي * سلوكي
34	التوافق المدرسي	نص العبارة	سياق	حذف " معهم "
35	التوافق المدرسي	نص العبارة	سياق	حذف " يشجعونني "
38	التوافق المدرسي	نص العبارة	سياق	حذف " مقترحاتي "
15	التوافق الأسري	نص العبارة	صياغة	أبي ، أو والداي الاثنان
19	التوافق الأسري	نص العبارة	صياغة	إعادة صياغة بصيغة المثنى
22	التوافق الأسري	عنصر	لغوي	إنسان
25	التوافق الأسري	نص العبارة	صياغة	يدعي أفراد أسرتي بأن إعاقتي مصدر إزعاج لهم
28، 33	التوافق الأسري	والدي	سياق	أبي
9، 14	التوافق الجسدي	ضاغط	سياق	صعب
21	التوافق الجسدي	نص العبارة	البناء	حذف العبارة لعدم الوضوح
22، 24	التوافق الجسدي	غالباً ما	سياق	سرعان ما
38،28، 39	التوافق الجسدي	نص العبارة	سياق	حذف (كثيراً ما، غالباً مـا، نادراً ما)
31	التوافق الجسدي	نص العبارة	صياغة	تؤلمني معدتي كثيراً
33	التوافق الجسدي	نص العبارة	البناء	أخاف من المرض

34	التوافق الجسدي	نص العبارة	صياغة	أخاف من الإصـــابة بمـــرض خطير

محكم " 9 " نوه إلى التعديل اللغــوي في كل من الرسالة المرفقة مع المقياس للمحكمين فأشار إلى ضرورة استبدال " مقياسين " بـــ " مقياسان "، والتعريف الإجرائي للتوافق الشخصي " مبدأي " بـــ " مبدئي "، واقترح الفصل بـــين العبارات الأكثر تعبيراً عن المكفوفين عن تلك المعبرة بشكل واضح عن الصم، وإضافة بعد التوافق الاجتمـــاعي، وأكد على لزوم استبدال العبارة (10) بعبارة : أبدل ملابسي بنفسي دون مساعدة أحد، وعبارة (12) بعبـــارة : أحتاج لمرافق عند خروجي من البيت ويرى أن العبارة (19) تنتمي لبعد التوافق الأســـري والعبارة (24) تدل على التوافـــق الاجتماعي وتبديل كلمة " المرح " بكلـــمة " الفرح " في العبـــارة (20)، وأكد على أن هناك علاقة بين العبارتين (39، 13)، وفيما يتعلق بالتوافق المدرسي فقد كانت ملاحظاته على العبارات تشتمـــل كون كل من العبارات (7، 9، 16) مرتبطة ببعضها البعض ويمكن دمجها في عبارة واحدة وتصحيح لغوي في العبارة (20) " المدرسون " بدلاً من " المدرسين "، وإملائي في العبارة (32) " مدرسي " بدلاً عن " مرسي "، وفي عبـــارات التوافق الجسدي تمثل التعديل عليها في تصحيح لغوي في كل من العبارة (1) " شيئاً " بدلاً عن " شيء "، والعبارة (4) بإضافة تنوين فتح لكل من صوت طنين مزعج، وتصحيح إملائي في العبارة (22) " غالباً " بدلاً " غلباً "

محكم " 10 " بالنسبة لتعريف التوافق الشخصي فقد استبدل عبارة " التي تنتاب الفرد بسبب " بـــ " الناتجة عن " و " الخلو من " بـــ " وتجاوز "، واقترح إعادة صياغة مجموعة كبيرة من عباراته وحذف العبارات (4، 13، 22، 31، 38، 40)، وبالنسبة لعبارات بعد التوافق المدرسي فقد اقترح حذف العبـــارات (7، 16، 27، 28، 30، 39)، وكذلك الحال لما يتعلق بالعبارات (1، 28، 34، 35، 39) من عبارات بعد التوافق الأسري، والعبارة (17) من عبارات بعد التوافق الجسدي، ذلك إلى تنويهه لضرورة إجراء تعديل في صياغة عدد من عبارات المقياس بـــشكل عام وإعادة صياغة مجموعة أخرى من بينها، كما أكد على جودة المقياس وعباراته بصورة عامة .

محكم " 11 " بالنسبة لما له علاقة بعبـــارات بعد التوافق الشخصي فقد أشار إلى لزوم حذف جملة " تعكر علـــي حيـــاتي " من العبارة (5)، وإعادة ترتيب مكان كل من العبارات (1، 15، 20، 32، 33، 40) داخل البعد .

وبما يختص بعبارات التوافق المدرسي فقد ارتأى بأن العبارات (10، 14، 15، 26، 41) لا بد من إعادة ترتيب مواقعها داخل البعد، وتصحيح الخطأ الإملائي في العبارة (32).

واقترح ترتيب العبارات (10، 23، 33، 42) من بين عبارات التوافق الأسري داخل البعد أيضاً وكذلك الحال في العبارتين (33، 35) من بين عبارات التوافق الجسدي .

ملحق " 6، ح "

جدول يوضح نسبة تقدير المحكمين ومدى صلاحية العبارة وفقاً لآرائهم :

الرقم	المجموع	المتوسط	النسبة	الصلاحية
1.	32	2.9	96.67	مناسب
2.	31.5	2.86	95.3	مناسب
3.	29.5	2.68	89.3	مناسب
4.	26.5	2.4	80	حذف
5.	29	2.6	86.67	مناسب
6.	32	2.9	96.67	مناسب
7.	26.5	2.4	80	حذف
8.	30	2.7	90	مناسب
9.	30	2.7	90	مناسب
10.	30.5	2.77	92.3	مناسب
11.	32	2.9	96.67	مناسب
12.	30.5	2.77	92.3	مناسب
13.	25.5	2.3	76.67	حذف
14.	29.5	2.68	89.3	مناسب
15.	31.5	2.86	95.3	مناسب
16.	32	2.9	96.67	مناسب
17.	33	3	100	مناسب
18.	30.5	2.77	92.3	مناسب
19.	29.5	2.68	89.3	مناسب
20.	31.5	2.86	95.3	مناسب
21.	32.5	2.95	98.3	مناسب
22.	26	2.36	78.67	حذف
83.	33	3	100	مناسب
84.	33	3	100	مناسب
85.	33	3	100	مناسب
86.	32	2.9	96.67	مناسب
87.	27	2.45	81.67	حذف
88.	33	3	100	مناسب
89.	33	3	100	مناسب
90.	32.5	2.95	98.3	مناسب
91.	33	3	100	مناسب
92.	32	2.9	96.67	مناسب
93.	32.5	2.95	98.3	مناسب
94.	33	3	100	مناسب
95.	33	3	100	مناسب
96.	33	3	100	مناسب
97.	32	2.9	96.67	مناسب
98.	32.5	2.95	98.3	مناسب
99.	32.5	2.95	98.3	مناسب
100.	33	3	100	مناسب
101.	32	2.9	96.67	مناسب
102.	31.5	2.86	95.3	مناسب
103.	32	2.9	96.67	مناسب
104.	33	3	100	مناسب

23.	31	2.8	93.3	مناسب
24.	28	2.5	83.3	مناسب
25.	31.5	2.86	95.3	مناسب
26.	32.5	2.95	98.3	مناسب
27.	33	3	100	مناسب
28.	30.5	2.77	92.3	مناسب
29.	33	3	100	مناسب
30.	33	3	100	مناسب
31.	26	2.36	78.67	حذف
32.	29.5	2.68	89.3	مناسب
33.	26	2.36	78.67	حذف
34.	32	2.9	96.67	مناسب
35.	32.5	2.95	98.3	مناسب
36.	31.5	2.86	95.3	مناسب
37.	32	2.9	96.67	مناسب
38.	23.5	2.1	70	حذف
39.	26	2.36	78.67	حذف
40.	25.5	2.3	76.67	حذف
41.	29.5	2.68	89.3	مناسب
42.	32	2.9	96.67	مناسب
43.	32.5	2.95	98.3	مناسب
44.	33	3	100	مناسب
45.	29	2.6	86.67	مناسب
46.	30.5	2.77	92.3	مناسب
47.	17.5	1.5	50	حذف
48.	33	3	100	مناسب
49.	31	2.8	93.3	مناسب
50.	33	3	100	مناسب
51.	31	2.8	93.3	مناسب
52.	33	3	100	مناسب
53.	33	3	100	مناسب
54.	30	2.7	90	مناسب
55.	32	2.9	96.67	مناسب

105.	33	3	100	مناسب
106.	30.5	2.77	92.3	مناسب
107.	33	3	100	مناسب
108.	33	3	100	مناسب
109.	24	2.2	73.3	حذف
110.	32	2.9	96.67	مناسب
111.	32	2.9	96.67	مناسب
112.	33	3	100	مناسب
113.	33	3	100	مناسب
114.	33	3	100	مناسب
115.	27	2.45	81.67	حذف
116.	27	2.45	81.67	حذف
117.	33	3	100	مناسب
118.	32	2.9	96.67	مناسب
119.	32	2.9	96.67	مناسب
120.	21	1.9	63.3	حذف
121.	33	3	100	مناسب
122.	32.5	2.95	98.3	مناسب
123.	33	3	100	مناسب
124.	32	2.9	96.67	مناسب
125.	31.5	2.86	95.3	مناسب
126.	32	2.9	96.67	مناسب
127.	32	2.9	96.67	مناسب
128.	30	2.7	90	مناسب
129.	27	2.45	81.67	حذف
130.	27	2.45	81.67	حذف
131.	26.5	2.4	80	حذف
132.	31.5	2.86	95.3	مناسب
133.	33	3	100	مناسب
134.	32	2.9	96.67	مناسب
135.	32.5	2.95	98.6	مناسب
136.	31.5	2.86	95.3	مناسب
137.	30.5	2.77	92.3	مناسب

مناسب	96.67	2.9	32	.138	حذف	63.3	1.9	21	.56
مناسب	100	3	33	.139	مناسب	100	3	33	.57
حذف	81.67	2.45	27	.140	مناسب	100	3	33	.58
مناسب	90	2.7	30	.141	مناسب	100	3	33	.59
مناسب	90	2.7	30	.142	مناسب	92.3	2.77	30.5	.60
مناسب	89.3	2.68	29.5	.143	مناسب	100	3	33	.61
حذف	81.67	2.45	27	.144	مناسب	96.67	2.9	32	.62
مناسب	83.3	2.5	28	.145	مناسب	100	3	33	.63
مناسب	89.3	2.68	29.5	.146	مناسب	98.3	2.95	32.5	.64
مناسب	86.3	2.59	28.5	.147	مناسب	100	3	33	.65
مناسب	83.3	2.5	28	.148	مناسب	100	3	33	.66
مناسب	86.3	2.59	28.5	.149	حذف	81.67	2.45	27	.67
مناسب	90	2.7	30	.150	حذف	78.67	2.36	26	.68
مناسب	86.3	2.59	28.5	.151	مناسب	98.3	2.95	32.5	.69
مناسب	89.3	2.68	29.5	.152	حذف	81.67	2.45	27	.70
مناسب	86.6	2.6	29	.153	مناسب	86.67	2.6	29	.71
مناسب	86.6	2.6	29	.154	مناسب	86.67	2.6	29	.72
حذف	81.67	2.45	27	.155	مناسب	100	3	33	.73
مناسب	96.67	2.9	32	.156	مناسب	98.3	2.95	32.5	.74
مناسب	95.33	2.86	31.5	.157	مناسب	96.67	2.9	32	.75
مناسب	96.67	2.9	32	.158	مناسب	100	3	33	.76
مناسب	100	3	33	.159	مناسب	100	3	33	.77
مناسب	98.33	2.95	32.5	.160	حذف	81.67	2.45	27	.78
مناسب	95.33	2.86	31.5	.161	حذف	78.67	2.36	26	.79
مناسب	96.67	2.9	32	.162	مناسب	100	3	33	.80
مناسب	95.33	2.86	31.5	.163	مناسب	100	3	33	.81
مناسب	90	2.7	30	.164	حذف	81.67	2.45	27	.82

ملحق رقم " 7 "

تقرير عن الورشة التدريبية

اليوم: الأحد **التاريخ**: 2005/4/3م **التوقيت**: من الساعة 11.30م إلى 2.30م

المكان : قاعة الاجتماعات بجمعية أطفالنا للصم " غزة "

تقديم :

بعد أن انتهت مرحلة تحكيم الأدوات وإجراء التعديلات المقترحة عليها، ونظراً لتعرض عملية التطبيق التجريبي لبعض الصعوبات، تقرر عقد ورشة تدريبية ؛ لضمان فرصة أفضل للتطبيق السليم لأدوات الدراسة وتحقيق هذه العملية للأهداف التي تسعى الدراسة للوصول إليها على الشكل الأمثل، ووفقاً للمنهج العلمي السليم الذي تحرص الباحثة على الالتزام بقواعده وأسسه .

وقد كان لعقد هذه الورشة مجموعة من الأهداف التي يمكن تلخيصها في :

1- دراسة الصعوبات والمعوقات التي واجهت أو يمكن أن تواجه عملية التطبيق فيما بعد، وسبل التغلب عليها أو التقليل من الآثار السلبية التي من الممكن أن تسببها .

2- تدريب فريق العمل على الأسلوب الأمثل لتطبيق المقياس ، وطريقة التطبيق .

3- شرح طريقة تطبيق المقياس، والخطوات العملية والعلمية الواجب اتباعها خلال مراحل التطبيق لأدوات الدراسة.

4- التعرف على آراء العاملين في المؤسسات المتضمنة للطلاب مجتمع الدراسة في طبيعة المقياس ومدى ملاءمته لواقع الطلاب الصم والمكفوفين وأعمارهم .

الفئة المستهدفة والحضور:

استهدفت هذه الورشة المرشدين النفسيين والاجتماعيين والمدرسين العاملين في مؤسسات التأهيل (التي تضم الطلاب الممثلين لمجتمع الدراسة)، وأعضاء فريق العمل الذين سيساهمون في تطبيق أدوات الدراسة وتفريغ البيانات . وفي يوم الخميس الموافق :2005/3/31م – وبعد التأكد من المكان - تم توجيه دعوات عبر الفاكس إلى جميع تلك المؤسسات (باستثناء جمعية دير البلح للتأهيل فقد تم تبليغها هاتفياً ؛ نظراً لانقطاع التيار الكهربائي لديها في ذلك اليوم) ؛ لحضور الورشة والمشاركة في فعالياتها .

ومع ذلك فلم يزيد عدد الحضور عن (23) مشارك، والجدول التالي يوضح التوصيف المهني للحضور :

التوصيف المهني	اسم المؤسسة	عدد المشاركين
مرشدة اجتماعية	مدرسة أطفالنا للصم	1
مدرسة	مدرسة أطفالنا للصم	1
مدرسة	مركز التدريب والتأهيل بالنصيرات	2
مدرس علوم متخصص	مركز النور للمعاقين بصرياً	1
مرشد تربوي	مركز النور للمعاقين بصرياً	1
مدرسة رياضيات	مركز النور للمعاقين بصرياً	1
خريج إعلام تربوي	مدير فريق العمل	1
طالب في قسم المحاسبة وخريج دبلوم إدارة	عضو في الفريق	1
طالبات جامعة قسم الحاسوب واللغة الانجليزية	عضو في الفريق	2
ناشط مؤسسات اجتماعية	عضو في الفريق	1
خريج تربية خاصة	مرافق عام وعضو في الفريق	1
ناشطين اجتماعيين وخريجي علم مكتبات	راغبين للعمل ضمن الفريق	9
خريج علم نفس	مرشح للعمل ضمن الفريق	1
المجموع		23

التحضيرات للورشة :

أ- في يوم الثلاثاء الموافق 2005/3/29م قامت الباحثة بتحديد موعد عقد الورشة وطباعة المراسلات الضرورية لذلك محددة الهدف الأساسي من عقدها .

ب- في اليوم التالي تم توجيه كتاب لإدارة مركز النور ولكنه قوبل بالاعتذار لأسباب خاصة لديهم، ولذا فقد توجهت الباحثة إلى جمعية أطفالنا للصم بطلب استئجار قاعة الاجتماعات لديهم (وتمت الموافقة على الطلب)، وجهزت المراسلات الخاصة بالدعوة، ووجهت إلى المؤسسات المستهدفة في يوم الخميس الموافق 2005/3/31م .

ت- تم تجهيز القاعة وتزويدها بجهاز عرض الشفافيات ولوحة وأقلام، وإعداد شفافيات وملف لكل مشارك يحوي نسخة عن المقياسين وما يلزم لتدوين الملاحظات، ضيافة .

فعاليات الورشة :

يمكن تلخيص فعاليات الورشة على النحو التالي

1- بدأ المشاركين بالحضور إلى مكان الورشة في تمام الساعة الحادية عشر صباحاً

2- يسجل المشارك بياناته الخاصة في ملف أعد لذلك بمجرد دخوله القاعة، ومن ثم يختار مكانه فيها .

3- ما إن وصلت د. سناء أبو دقة حتى انطلقت فعاليات الورشة، والتي ابتدأتها مرحبة بالحضور، والتعارف فيما بينهم .

4- قامت بتوضيح أهمية الدراسة التي تجريها الباحثة، ومدى الأهمية في تعاون الجميع لإنجاح هذا العمل وما لــه من دور بارز في خدمة الأطفال الصم والمكفوفين ووضع اليد على أبرز القضايا والمشكلات التي تواجههم .

5- شرحت الآلية التي ستتبع في تطبيق أدوات الدراسة .

6- بادرت بعد ذلك إلى الاستماع لآراء المشاركيــن واستفساراتهم ومناقشتها ، والرد على تساؤلاتهم .

7- دون المشاركين ملاحظاتهم على المقياسين ، وتم جمع تلك الملاحظات منهم ؛ بهدف دراستها والاستفادة منها .

8- غادرت المشرفة القاعة في تمام الساعة الواحدة، لتتابع الباحثة بعد ذلك ما تبقى من فعاليات الورشة .

9- غادر ممثلي مركز النور قبيل مغادرة المشرفة بقليل ؛ لالتزامهم بمواعيد أخرى .

10- استأنفت الورشة بأن قامت الباحثة بتوضيح الخطوات التي اتبعتها في تصميم المقياسين وتقنينها حتى عقد هذه الورشـــة وما تم عليهما من تعديلات خلال مراحل التقنين السابقة وما يتوقع أن يجري من تعديل فيما بعد .

11- التعرف على الصعوبات التي واجهت أو يمكن أن تواجه عملية التطبيق من وجهة نظر أعضاء فريق العمل وممثلي مؤسسات التأهيل، وعرض آرائهم وتدارس ملاحظاتهم .

12- طلبت الباحثة من إحدى ممثلات جمعية أطفالنا للصـــم و أخرى من مركز النصيرات للتأهيـــل بتمثيـــل دور الطفل والمشرف ومحاولة تتوجيه أسئلة مقياس التوافق النفسي للتعرف على الصعوبات التي قد تحـــول بين التطبيق السليم للمقيـــاس من خلال لعب الأدوار وطلب من باقي الحضور تسجيل ملاحظاتهم لمناقشتها

13- نوقشت الآراء و الملاحظات وسجلت التوصيات والمقترحات بالتعاون مـــع الحضور .

14- علقت فعاليات الورشة من الساعة 1.45 إلى الثانية ظهراً للاستراحة، والتي غادر بعدها ممثلي المؤسسات .

15- قيّم فريـــق العمل الورشة (والتي كانت فاتحة انضمـــام معظمهم للعمل ضمن هذا الفريق)، ووزعت عليهم الأدوار في مرحلة التطبيق القادمة .

16- اختتمت الورشة التدريبية فعالياتها في تمام الساعة الثانية والنصف ظهراً .

انتقادات وردود :

1) كثرة معايير قياس الاضطرابات السلوكية وإمكانية اقتصارها على 3- 4 بدلاً من (6) وذلك بدمج الدرجـــة بسيطة جداً وبدرجة بسيطة معاً ومرتفعة وأعلى من المتوسطة معاً أيضاً.

الرد : أنه كلما زادت المعايير كانت النتائج أدق، وتسعة أفضل المعايير ولا ضرر في هذا الجانب، كما أن المقياس من إعداد الدكتورة آمال باظة وعني بالمعاقين بصرياً وسمعياً، إضافة إلى أنه يتمتع بنسبة عالية لكل من الـــصدق والثبات، ويمكن التغلب على التضارب والتقارب في تلك المعايير من خلال المعالجات الإحصائية .

2) من الخطر وجود عبارات تتناول الانتحار بين عبارات المقياس حيث أنها قد تفتح لدى الطلاب أفقاً فـــي هـــذا الجانب .

الرد : أن مقياس الاضطرابات السلوكية سوف يتم تعبئته والإجابة عليه من قبل المدرس ولن يعرض على الطلاب ولذا فلن يؤثر وجوده بين عبارات المقياس، إضافة إلى أن عدم وجود الصفة لدى الطلاب ينبع من خلال الالتـــزام بتعاليم ديننا الإسلامي الحنيف.

3) إن عبارات مقياس التوافق النفسي كثيرة وتحتاج لوقت وجهد ومدعاة لعدم دقـــة إجابات الطلاب .

الرد : في الغالب سوف يتم حذف عدد كبيـــر من الأسئلة وفقاً لنتائج المعالجـــات الإحصائية للعينة الاســـتطلاعية وهذا قد يزيد من جودة المقياس وكفاءته .

التوصيات والمقترحات التي خرجت بها الورشة :

أ- إضافة كلمة (اذكرها) بعد (آخر) عند التنويه عن سبب الإعاقة .

ب- تبديل تاريخ الإعاقة بالعمر عند حدوث الإعاقة والتخلي عن المحددات التي سبق وضعها لإتاحة الفرصة للدقة في عملية التحديد لذلك .

ت- تعميق الإرشادات وتوضيحها بصورة أفضل ليسهل فهما والاستفادة منها خلال عملية تطبيق المقاييس وخاصة في مقياس الاضطرابات السلوكية .

ث- عزل العبارات المتعلقة بالمكفوفين وتلك المتعلقة بالصم في مقياس الاضطرابات السلوكية حرصاً على البعـــد عن الخلط والتشويش خلال عملية الملاحظة والتقييم .

ج- الإقلال من عبارات التوافق النفسي حيث أنها طويلة وتزيد الأعباء على من يطبق الأداة ومدعاة لشعور الطالب بالملل خصوصاً عند الصغار منهم وبالتالي قد يؤثر على إجاباتهم ودقتها .

ح- استثناء الطلاب من الصفين الأول والثاني من عينة الدراسة حرصاً على سلامة ودقة تطبيق المقاييس .

خ- أن يتم اختيار (50) طالباً وطالبة (25 أصم، 25 كفيف) يتم تطبيق مقياس التوافق النفسي عليهم، بحيث يتم اختيار (10) طلاب منهم (5 صم، 5 مكفوفين) لتقييمهم من خلال ثلاثة من المشرفين أو المدرسين العـــاملين معهم، وذلك بتسجيل استجاباتهم على مقياس الاضطرابات السلوكية (كل منهم يسجل ملاحظاته على نسخة خاصة به).

ملحق رقم " 8، أ "

الصورة الأولية للرسالة المرفقة مع المقاييس

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المشرف/ة، المدرس/ة، عزيزي الطالب/ة

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

تقوم الباحثة ليلى أحمد مصطفى وافي بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس من الجامعـــة الإســـلامية بعنوان:

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

وذلك تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليا بكلية التربية الجامعة الإسلامية

وتضع بين يديكم مقياسين : التوافق النفسي، الاضطرابات السلوكية يرجى منكم الإجابة على عباراتهما بكل دقـــة وأمانة ووضوح، وذلك لأغراض بحثية بحتة .

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا......

رقم الطالب ( ) **تاريخ تطبيق الأداة :**

العمر : سنة الجنس : ذكر ( ) أنثى ( )

منطقة السكن :

المرحلة الدراسية :

ابتدائي ( ) إعدادي ( ) ثانوي ( )

الصف :

نوع الإعاقة :

سمعية ( ) بصرية ( )

درجة الإعاقة :

بسيطة ( ) متوسطة ( ) شديدة ( ) كلية ( )

سبب الإعاقة :

مرض ( ) إصابة ( ) وراثي ( ) أخر ( )

تاريخ الإعاقة :

منذ الميلاد ( ) قبل سن خمس سنوات ( ) أثناء الدراسة ( )

ملحق رقم " 8، ب "

الصورة النهائية للرسالة المرفقة مع المقاييس

بسم الله الرحمن الرحيم

عزيزي المشرف/ة، المدرس/ة، عزيزي الطالب/ة

تقوم الباحثة ليلى أحمد مصطفى وافي بإعداد بحث لنيل درجة الماجستير في علم النفس من الجامعة الإسلامية بعنوان:

الاضطرابات السلوكية وعلاقتها بمستوى التوافق النفسي للأطفال الصم والمكفوفين

وذلك تحت إشراف الدكتورة سناء أبو دقة مشرف الدراسات العليا بكلية التربية الجامعة الإسلامية

وتضع بين يديكم مقياسين : التوافق النفسي، الاضطرابات السلوكية يرجى منكم الإجابة على عباراتهما بكل دقة وأمانة ووضوح، وذلك لأغراض بحثية بحتة .

شاكرين لكم حسن تعاونكم معنا......

بيانات عامة

اسم المركز :

اسم المرشد / المدرس :

رقم الطالب ( ) **تاريخ تطبيق الأداة :**

تاريخ الميلاد : / / 19م **الجنس** : ذكر ( ) أنثى ( )

منطقة السكن :

المرحلة الدراسية :

ابتدائي ( ) إعدادي ( ) ثانوي ( )

الصف :

نوع الإعاقة :

سمعية ( ) بصرية ( )

درجة الإعاقة :

بسيطة ( ) متوسطة ( ) شديدة ( ) كلية ( ) حادة ( )

سبب الإعاقة :

مرض ( ) إصابة ( ) وراثي ( ) أخر ( ) اذكرها :

العمر عند الإعاقة :

ملحق رقم " 9 "

إرشادات عامة متعلقة بعملية التطبيق

1-يسجل رقم خاص لكل طالب على دفتر الإجابة ويدون الرقم بجانب اسم الطالب على كشف خارجي معد لذلك .

وإليك بعض الإرشادات المتعلقة بتطبيق كل مقياس

أ- مقياس الاضطرابات السلوكية :

1- يحوي المقياس مجموعة من الخصائص تخير أقربها وصفاً للطالب/ة وذلك بالاستعانة بالتدرج التالي:

لا توجد	بدرجة بسيطة جداً	بدرجة بسيطة	بدرجة متوسطة	أعلى من المتوسط
☐	☐	☐	☐	☐

بدرجة مرتفعة جداً　　　بدرجة مرتفعة

2- توضع الدرجة المقيمة للطالب في المربع المحدد لها أمام كل خاصية .

3- فعلى سبيـــل المثال : في البعد الأول يتخير ما بين سلبي وغير متعاون، غاضب لديه استيـــاء وجداني، كاذب مخادع مستغـــل للآخرين ومن ثم يتخير أقرب المستويات مناسبة لدرجة الاضطراب عند الطفل ما بين (0-6)

ب- مقياس التوافق النفسي .

1- توجه الأسئلة للطالب/ة أو تعطى فرصة لهم لقراءتها والإجابة عليها بأنفسهم .

2- سوف يتم تطبيق هذا المقياس من خلال المشرف أو المدرس لكل صف حيث يقرأ العبارات ويشرحها للأطفال الصم بلغة الإشارة .

3- سوف يتم تزويد الطلاب المكفوفين بنسخة مطبوعة بطريقة برايل ليسهل عليهم التعامل معها وتنقـــل إجابـــاتهم بشكل مباشر على الورق المخصص للمقاييس من قبل المدرس أو المشرف .

يرجى قراءة العبارة للطالب/ة ويحذر من الإيحاء بالإجابة له تأخذ إجابة الطالب كما هي .

عند إعطاء الأمثلة للصم على العبارات تخير أفضل الأساليب والتي لا تخل بمضمون العبارة .

ملحق رقم " 10 "

الصورة الثالثة لمقياس التوافق النفسي

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	ليس دائماً	أرفض	أرفض بشدة
1.	يصفني الآخرون بأنني شخص متفائل					
2.	أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه					
3.	إعاقتي لا تمنعني من تلبية احتياجاتي					
4.	أتعرض لمواقف ضاغطة تعكر صفو حياتي					
5.	رضاي عن ذاتي يساعدني في التغلب على مشكلاتي					
6.	أشعر بالتوتر عندما لا تشبع رغباتي					
7.	أعتمد على نفسي في قضاء احتياجاتي اليومية					
8.	لا أتناول طعامي بمفردي					
9.	تساعدني والدتي في تغيير ملابسي					
10.	لا أحتاج لمرافق عندما أتحرك داخل المنزل					
11.	مرحلة ما قبل المدرسة كانت أجمل أيام حياتي					
12.	أشعر بأنني إنسان حزين بسبب إعاقتي					
13.	لا أثق في قدرتي على عمل ما أريد					
14.	أبادر إلى عمل ما أريد بمفردي					
15.	أشعر بأنني محبوب من والداي					
16.	أشعر بالسعادة رغم إعاقتي					
17.	يتقلب مزاجي بسرعة					
18.	أشعر بالقلق عندما أتعرض لمواقف سارة					
19.	التعرف إلى أناس جدد يشعرني بالقلق					
20.	إعاقتي لا تمنعني من المشاركة الاجتماعية					
21.	يصفني الآخرون بأنني إنسان قلق					
22.	شعوري بالقلق يعيق قيامي بأي عمل					
23.	لا أحتاج لمرافق عند خروجي من المنزل					
24.	أخاف من الأماكن الواسعة					
25.	أشعر بالراحة عندما أكون بين جماعة الأصدقاء					
26.	أسعد لحظات حياتي عندما أكون بمفردي					
27.	أنا إنسان محب لبلدي					
28.	لا أرغب بالمشاركة في أي نشاط					
29.	لدي القدرة على التكيف مع إعاقتي					

30.	استخدامي لبعض الوسائل المساعدة يشعرني بالحرج					
31.	أخاف من الأماكن المظلمة					
32.	لا أشعر بالأمان بسبب إعاقتي					
33.	أنا شخص محبوب بين زملائي في المدرسة					
34.	لا أحب التغيب عن المدرسة					
35.	تقدير المدرسين لأدائي يشعرني بالراحة					
36.	ينتابني شعور بالقلق كلما اقترب موعد المدرسة					
37.	أتمنى الالتحاق بمدرسة عامة					
38.	لا أحب الذهاب بسيارة مميزة إلى المدرسة					
39.	وجودي في مدرسة خاصة يشعرني بالحرج					
40.	أنا سعيد لأنني في مدرسة خاصة بالمعاقين					
41.	إشفاق المدرسين علي يشعرني بالنقص					
42.	أشعر بأنني لا أمتلك القدرة على تحسين سلوكي في المدرسة					
43.	إدارة المدرسة تتعاون معي					
44.	أشعر بالسعادة عندما أقوم بتأدية واجباتي على أكمل وجه					
45.	أشعر بالأمان وأنا وسط زملائي في المدرسة					
46.	وجودي في مدرسة خاصة بالمعاقين يشجعني على مواصلة تعليمي					
47.	أشعر بالقلق طوال اليوم الدراسي					
48.	أكره مدرستي الخاصة بالمعاقين لأنها تذكرني بضعفي					
49.	أشعر بالتقدير بين زملائي					
50.	أشعر بالحرج من المدرسين					
51.	زملائي في المدرسة لا ينتقدون سلوكي					
52.	أنا طالب محبوب بين المدرسين في مدرستي					
53.	ينتابني شعور بالرغبة في ترك المدرسة					
54.	يتجنب زملائي الجلوس معي					
55.	وجودي في المدرسة يشعرني بالوحدة					
56.	أشعر بأنني إنسان غير مرغوب فيه داخل المدرسة					
57.	لا أصحو من النوم مبكراً في أيام الدراسة					
58.	أفضل أن يكون المدرسين في مدرستي من المعاقين					
59.	مدرسي المعوق يتفهم سلوكي					
60.	أشارك في معظم النشاطات المدرسية بإرادتي					
61.	زملائي يسارعون لمشاركتي في النشاطات المدرسية					
62.	المدرسون في مدرستي لا يقدرون نشاطي					

63.	زملائي في الصف يحترمون رأيي					
64.	أتقبل نقد زملائي					
65.	أشارك زملائي في الرأي					
66.	أحترم آراء زملائي					
67.	لا أرغب في التعامل مع المدرس غير المعاق					
68.	أنا محبوب بين أفراد أسرتي					
69.	اخوتي يحرصون على مشاركتي لهم في اللعب					
70.	يتجنب اخوتي الحديث في موضوعاتهم الخاصة أمامي					
71.	ليس لي صديق بين أفراد أسرتي					
72.	أشعر بالسعادة أكثر وأنا خارج المنزل					
73.	اخوتي يتجنبون مشاركتي في أي عمل يقومون به					
74.	لا أعبر عن رأيي بحرية في المسائل التي تهم الأسرة					
75.	يعاملني والدي بعصبية					
76.	أشعر بالأمان أكثر وأنا وسط أسرتي					
77.	أتعرض للانتقادات من اخوتي					
78.	لا أتناول طعامي مع أفراد أسرتي					
79.	أسرتي تسعى لتجاهل وجودي بينها					
80.	أمي أكثر الناس تقديراً لمشاعري					
81.	خوف والدَّي الشديد علي يشعرني بالنقص					
82.	أود لو ألقى اهتماماً أكثر من أفراد أسرتي					
83.	اخوتي لا يتحرجون من ظهوري أمام زملائهم					
84.	أكثر أصحابي هم من بين زملاء اخوتي					
85.	والدَّي يحرصان على اصطحابي معهما في الزيارات العائلية					
86.	أشعر بالسعادة عندما تطلب مني أسرتي المشاركة في زيارة أحد أقاربي					
87.	لا يتقبل أفراد أسرتي إعاقتي					
88.	أشعر بأنني شخص مهم في أسرتي					
89.	يسخر أفراد أسرتي من آرائي					
90.	اخوتي لا يغارون من اهتمام والدَّي بي					
91.	يدّعي أفراد أسرتي أن إعاقتي مصدر إزعاج لهم					
92.	يثق اخوتي في آرائي					
93.	التعاون هو عنوان لحياتنا داخل المنزل					
94.	يبادلني أفراد أسرتي الاحترام					
95.	أمتلك علاقات جيدة مع جميع أفراد أسرتي					

96.	يقدر اخوتي أي عمل أقوم به					
97.	ينتابني شعور بالخوف عند قيامي بعمل ما أمام والدَّي					
98.	يصفني أبي بأنني إنسان ضعيف					
99.	المشاكل الأسرية تزيد من شعوري بالألم					
100.	تنتابني رغبة في الهروب من المنزل					
101.	أشعر بغربة أثناء وجودي في المنزل					
102.	ابتعادي عن أسرتي يشعرني بالخوف					
103.	فقد أحد أفراد أسرتي يعني نهاية سعادتي					
104.	أسرتي هي كل شيء في حياتي					
105.	شعوري بأن شيئاً ما يتحرك أمام عيني يفقدني اتزاني					
106.	الأصوات العالية تشوش تركيزي					
107.	عيناي لا تعاني من حساسية للضوء					
108.	أسمع صوت طنين مزعج في أذناي بشكل مستمر					
109.	أشعر بالراحة عندما تكون عيناي مغلقتان					
110.	يتصبب عرقي عند تعرضي لموقف صعب					
111.	يزعجني شعوري المستمر بالصداع					
112.	لا أستطيع السيطرة على حركة جسمي أثناء المشي					
113.	لا أعتمد على حواسي السليمة لقضاء حاجاتي اليومية					
114.	أنزعج من الأصوات العالية					
115.	أشعر بالدوار عندما أتعرض لمواقف صعبة					
116.	أبكي في المواقف الصعبة					
117.	تصدر مني حركات مزعجة بشكل تلقائي					
118.	لا تنتقل لي الأمراض المعدية بسرعة					
119.	أعاني من آلام حادة في أذناي					
120.	لا أستخدم قطرات مرطبة لعيني					
121.	أتردد كثيراً على المستشفى بغرض العلاج					
122.	أشعر بآلام في أسناني					
123.	لا أصاب أثناء اللعب					
124.	لا أسمع ما أقول جيداً					
125.	أعاني من صعوبة النطق					
126.	يتساقط شعر رأسي بكثافة					
127.	أشكو من صداع نصفي					
128.	فيما قبل المدرسة أزعج والدتي كثرة إصابتي بالمرض					

129.	أشعر بالإرهاق عند بذل أي جهد					
130.	تؤلمني معدتي كثيراً					
131.	شكل عيناي يشعرني بالحرج					
132.	أخاف من الإصابة بمرض خطير					
133.	لا أتمتع بشهية للطعام					
134.	نومي متقطع في الليل					
135.	أحتاج لوقت طويل قبل الاستغراق في النوم					
136.	تراودني أحلام مزعجة أثناء نومي					
137.	لا أتغيب عن مدرستي بسبب المرض					
138.	أستيقظ من نومي عند سماع أي صوت					

ملحق رقم " 11 "

الصورة النهائية لمقياس الاضطرابات السلوكية

ملحق " 11، أ "

مقياس الاضطرابات السلوكية (خاص بالصم)

1- عدم التعاون :

أ- سلبي وغير متعاون ب- مقاوم للتفاعل ج- صعب التعامل

2- العدائية :

أ- غاضب ب- لديه استياء وجداني ج- كثير الإهانات والاتهامات للآخرين

3- المخادعة والتلاعب :

أ- كاذب ب- مخادع ج- مستغل للآخرين

4- مكتئب المزاج :

أ- حزين ب- باكي دائماً ج- سلوكه اكتئابي

5- الشعور بالنقص :

أ- نقص الشعور بالثقة في النفس ب- التقليل من قيمة الذات ج- الشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية

6- الانتحار :

أ- الأفكار الخاصة بالانتحار ب- التهديدات بالانتحار ج- محاولات الانتحار

7- التخيلات الغريبة :

أ- متكررة ب- شاذة وغير متوقعة ج- التخيلات الذاتية

8- الهذاءات (الضلالات) :

أ- أفكار خاصة بمشاعر العظمة ب- أفكار خاصة بالاضطهاد ج- أفكار خاصة بالظلم

9- الهلاوس :

أ-هلاوس سمعية ب-هلاوس مرئية أو شميه ج-إدراك هلاوس أخرى

10- النشاط الزائد (فرط النشاط) :

أ- الاستهلاك الزائد لطاقة الحركة ب- التغيرات المستمرة في الجلسة أو الوقفة ج- الانفعال

11- اللهو أو السرحان :

أ- ضعف التركيز ب- قصر فترة الانتباه ج- التفاعل مع المثير الثانوي

12- الانسحاب الانفعالي :

أ-العلاقة غير التلقائية مع الآخرين ب-نقص التفاعل ج-انخفاض النشاط

13- التبلد الوجداني (انعدام الحس الوجداني) :

أ- ضعف في التعبير الوجداني ب- مرتبك انفعالياً ج- مشتت الوجدان

14- الأنماط الحركية الثابتة :

أ- إيقاعية ومنتظمة ب- متكررة ج- أسلوب للجلسة أو الوقفة أو الحركة

15- القلق :

أ- قلق الانفعال ب- الانشغال بالموضوعات المثيرة للقلق ج- الخوف أو المخاوف

16- صعوبات النوم :

أ- عدم القدرة على الدخول في النوم ب- الاستيقاظ المتقطع ج- النوم لفترات قصيرة

17- اختلال التوجه :

أ- تشوش معرفته بالأشخاص ب- تشوش معرفته بالأماكن ج- تشوش معرفته بالأشياء

18-التوتر :

أ- عصبي ب- غير مستقر (متململ) ج- حركاته عصبية بالأيدي والأرجل

22- اضطراب أسلوب التواصل :

أ- يميل للعنف والعدوان ب- يلجأ للتعامل بالأيدي والدفع ج- يرتبك في استخدامه للإشارات والإيماءات

23- انخفاض مستوى التواصل :

أ- إدراكه للإشارات ضعيف ب- لا يتواصل مع مدرسيه وزملائه

ج- انخفاض مهارات التواصل الاجتماعية

24- انخفاض المشاركة مع الآخرين :

أ- لديه كف للتفاعل مع الآخرين ب- لديه أخطاء في أداء الإشارات ج- لا يشارك في الأعمال الجماعية

25- اللزمات العصبية :

أ- منتظمة في كل وقت ب- تحدث عند اللعب ج- تظهر عند الغضب

ملحق " 11، ب "

أولاً : مقياس الاضطرابات السلوكية (خاص بالمكفوفين)

1- عدم التعاون :

أ- سلبي وغير متعاون   ب- مقاوم للتفاعل   ج- صعب التعامل

2- العدائية :

أ- غاضب   ب- لديه استياء وجداني   ج- كثير الإهانات والاتهامات للآخرين

3- المخادعة والتلاعب :

أ- كاذب ب- مخادع ج- مستغل للآخرين

4- مكتئب المزاج :

أ- حزين ب- باكي دائماً ج- سلوكه اكتئابي

5- الشعور بالنقص :

أ- نقص الشعور بالثقة بالنفس ب- التقليل من قيمة الذات ج- الشعور بانخفاض الكفاءة الشخصية

6- الانتحار :

أ- الأفكار الخاصة بالانتحار ب- التهديدات بالانتحار ج- محاولات الانتحار

7- التخيلات الغريبة :

أ- متكررة ب- شاذة وغير متوقعة ج- التخيلات الذاتية

8- الهذاءات (الضلالات) :

أ- أفكار خاصة بمشاعر العظمة ب- أفكار خاصة بالاضطهاد ج- أفكار خاصة بالظلم

9- الهلاوس :

أ- هلاوس سمعية ب- هلاوس مرئية أو شميه ج- إدراك هلاوس أخرى

10- النشاط الزائد (فرط النشاط) :

أ- الاستهلاك الزائد لطاقة الحركة ب- التغيرات المستمرة في الجلسة أو الوقفة ج- الانفعال

11- اللهو أو السرحان :

أ- ضعف التركيز ب- قصر فترة الانتباه ج- التفاعل مع المثير الثانوي

12- الانسحاب الانفعالي :

أ- العلاقة غير التلقائية مع الآخرين ب- نقص التفاعل ج- انخفاض النشاط

13- التبلد الوجداني (انعدام الحس الوجداني) :

أ- ضعف في التعبير الوجداني ب- مرتبك انفعالياً ج- مشتت الوجدان

14- الأنماط الحركية الثابتة :

أ- إيقاعية ومنتظمة ب- متكررة ج- أسلوب للجلسة أو الوقفة أو الحركة

15- القلق :

أ- قلق الانفعال ب- الانشغال بالموضوعات المثيرة للقلق ج- الخوف أو المخاوف

16- صعوبات النوم :

أ- عدم القدرة على الدخول في النوم ب- الاستيقاظ المتقطع ج- النوم لفترات قصيرة

17- اختلال التوجه :

أ- تشوش معرفته بالأشخاص ب- تشوش معرفته بالأماكن ج- تشوش معرفته بالأشياء

18- التوتر :

أ- عصبي ب- غير مستقر (متململ) ج- حركاته عصبية بالأيدي والأرجل

19- انحراف الكلام :

أ- مستوى النمو اللغوي منخفض ب- المستوى اللفظي أقل من المستوى العادي ج- أخطاء في النطق

20- اضطراب الكلام والصوت :

أ- صوته مرتفع ب- كلامه زائد ج- الكلام مضغوط وغير مميز

21- الإقلال من التحدث أو الكلام :

أ- يصدر أقل ما يمكن من الألفاظ ب- لديه كف للاستجابة اللفظية ويلجأ للإشارة ج- صوته منخفض

22- اضطراب أسلوب التواصل :

أ- يميل للعنف والعدوان ب- يلجأ للتعامل بالأيدي والدفع

23- انخفاض مستوى التواصل :

ب- لا يتواصل مع مدرسيه وزملائه ج- انخفاض مهارات التواصل الاجتماعية

24- انخفاض المشاركة مع الآخرين :

أ- لديه كف للتفاعل مع الآخرين ج- لا يشارك في الأعمال الجماعية

25- اللزمات العصبية :

أ- منتظمة في كل وقت ب- تحدث عند اللعب ج- تظهر عند الغضب

ملحق رقم " 12 "

الصورة النهائية لمقياس التوافق النفسي

الرقم	العبارة	أوافق بشدة	أوافق	ليس دائماً	أرفض	أرفض بشدة
1	أشعر بأنني شخص غير مرغوب فيه					
2	أتعرض لمواقف ضاغطة تعكر صفو حياتي					
3	رضاي عن ذاتي يساعدني في التغلب على مشكلاتي					
4	أعتمد على نفسي في قضاء احتياجاتي اليومية					
5	لا أثق في قدرتي على عمل ما أريد					
6	أشعر بأنني محبوب من والداي					
7	أشعر بالسعادة رغم إعاقتي					
8	إعاقتي لا تمنعني من المشاركة الاجتماعية					
9	يصفني الآخرون بأنني إنسان قلق					
10	أشعر بالراحة عندما أكون بين جماعة الأصدقاء					
11	أسعد لحظات حياتي عندما أكون بمفردي					
12	أنا إنسان محب لبلدي					
13	لدي القدرة على التكيف مع إعاقتي					
14	استخدامي لبعض الوسائل المساعدة يشعرني بالحرج					
15	لا أشعر بالأمان بسبب إعاقتي					
16	أنا شخص محبوب بين زملائي في المدرسة					
17	لا أحب التغيب عن المدرسة					
18	تقدير المدرسين لأدائي يشعرني بالراحة					
19.	ينتابني شعور بالقلق كلما اقترب موعد المدرسة					
20.	وجودي في مدرسة خاصة يشعرني بالحرج					
21	أشعر بالأمان وأنا وسط زملائي في المدرسة					
22	أشعر بالقلق طوال اليوم الدراسي					
23	أشعر بالتقدير بين زملائي					
24	أشعر بالحرج من المدرسين					
25	أنا طالب محبوب بين المدرسين في مدرستي					
26	ينتابني شعور بالرغبة في ترك المدرسة					
27	يتجنب زملائي الجلوس معي					
28	وجودي في المدرسة يشعرني بالوحدة					
29	أشعر بأنني إنسان غير مرغوب فيه داخل المدرسة					

30	لا أصحو من النوم مبكراً في أيام الدراسة					
31	زملائي يسارعون لمشاركتي في النشاطات المدرسية					
32	المدرسون في مدرستي لا يقدرون نشاطي					
33	زملائي في الصف يحترمون رأيي					
34	أتقبل نقد زملائي					
35	لا أرغب في التعامل مع المدرس غير المعاق					
36	أنا محبوب بين أفراد أسرتي					
37	اخوتي يحرصون على مشاركتي لهم في اللعب					
38	اخوتي يتجنبون مشاركتي في أي عمل يقومون به					
39	لا أعبر عن رأيي بحرية في المسائل التي تهم الأسرة					
40	أشعر بالأمان أكثر وأنا وسط أسرتي					
41	لا أتناول طعامي مع أفراد أسرتي					
42	أسرتي تسعى لتجاهل وجودي بينها					
43	أمي أكثر الناس تقديراً لمشاعري					
44	لا يتقبل أفراد أسرتي إعاقتي					
45	أشعر بأنني شخص مهم في أسرتي					
46	يسخر أفراد أسرتي من آرائي					
47	يثق اخوتي في آرائي					
48	التعاون هو عنوان لحياتنا داخل المنزل					
49	يبادلني أفراد أسرتي الاحترام					
50	أمتلك علاقات جيدة مع جميع أفراد أسرتي					
51	يقدر اخوتي أي عمل أقوم به					
52	يصفني أبي بأنني إنسان ضعيف					
53	تنتابني رغبة في الهروب من المنزل					
54	أشعر بغربة أثناء وجودي في المنزل					
55	أسرتي هي كل شيء في حياتي					
56	شعوري بأن شيئاً ما يتحرك أمام عيني يفقدني اتزاني					
57	أسمع صوت طنين مزعج في أذناي بشكل مستمر					
58	يزعجني شعوري المستمر بالصداع					
59	لا أستطيع السيطرة على حركة جسمي أثناء المشي					
60	لا أعتمد على حواسي السليمة لقضاء حاجاتي اليومية					
61	أنزعج من الأصوات العالية					
62	أشعر بالدوار عندما أتعرض لمواقف صعبة					

63	أبكي في المواقف الصعبة					
64	أتردد كثيراً على المستشفى بغرض العلاج					
65	أشكو من صداع نصفي					
66	فيما قبل المدرسة أزعج والدتي كثرة إصابتي بالمرض					
67	أشعر بالإرهاق عند بذل أي جهد					
68	تؤلمني معدتي كثيراً					
69	شكل عيناي يشعرني بالحرج					
70	أخاف من الإصابة بمرض خطير					
71	نومي متقطع في الليل					
72	أحتاج لوقت طويل قبل الاستغراق في النوم					
73	أستيقظ من نومي عند سماع أي صوت					
74	تراودني أحلام مزعجة أثناء نومي					

ملحق رقم " 13 "

الإحصاءات الوصفية الأولية لمقياس الاضطرابات السلوكية

ملحق " 13، أ "

بالنسبة لعينة الصم

البعد	ذكور				إناث				المجموع
	ابتدائي(45)		إعدادي(10)		ابتدائي(42)		إعدادي(11)		
	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	
اضطراب السلوك	122	32	16	28	42	34	5	15	294
الاكتئاب	72	16	13	14	28	31	5	15	194
اضطراب تفكير	82	13	5	9	32	15	9	6	171
نشاط زائد	131	37	17	35	107	63	19	15	424
انسحاب انفعالي	108	29	16	30	65	51	18	34	351
قلق	118	40	18	28	68	40	9	12	333
اضطراب تواصل	101	42	15	19	47	33	14	14	285
اللازمات العصبية	99	33	17	25	43	19	14	14	264
الإجمالي	833	242	117	188	432	286	93	125	2316

ملحق " 13، ب "

بالنسبة لعينة المكفوفين

البعد	ذكور								إناث								المجموع
	كلي				جزئي				كلي				جزئي				
	ابتدائي(11)		إعدادي(9)		ابتدائي(13)		إعدادي(6)		ابتدائي(10)		إعدادي(4)		ابتدائي(14)		إعدادي(6)		
	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	ج	ش	
اضطراب السلوك	11	11	11	20	0	30	6	19	8	13	0	12	9	15	0	6	171
الاكتئاب	5	6	11	0	0	34	0	8	0	8	0	6	14	8	0	6	106
اضطراب تفكير	0	14	6	9	0	31	0	13	0	0	4	6	0	4	0	6	93
نشاط زائد	20	17	9	22	4	46	5	18	8	29	4	10	13	32	4	4	245
انسحاب انفعالي	19	14	12	20	4	35	4	23	8	21	6	16	18	27	4	11	242
قلق	10	14	15	14	0	47	0	21	0	4	5	17	9	14	0	6	167
اضطراب تواصل	21	30	11	19	4	47	5	20	5	32	4	15	15	28	9	9	274
اللازمات العصبية	14	12	9	14	0	20	5	17	0	4	0	6	5	6	0	11	123
الإجمالي	100	118	84	118	12	290	25	139	29	111	23	88	83	134	17	59	1419

ملحق رقم " 14 "

التشريح والفسيولوجيا

ملحق رقم " 14، أ "

تشريح وفسيولوجيا الأذن وآلية السمع

الأذن هي عضو السمع كما هي مفتاح التوازن في جسم الإنسان، علاوة على كونها بوابة اكتساب اللغة ؛ ولذا كان لا بد على الباحثة أن تعمد إلى إعطاء تصـور ـ ولو يسير ـ عن بناء هذا الجهـاز العظيم (المسمى بالجهاز السمعي)، وإلقاء الضوء على آلية عمله ؛ ليسهل فيما بعد التعرف على بعض الأخطـار التي قـد تنجم عن إصابة أي جزء من أجزائه، وكيف يمكن أن يحدث الصمم .

يتكون هذا الجهاز من ثلاثة أقسام رئيسية : خارجية وسطى وداخلية، وما من شك أن هذه الأقسـام الثلاثـة متصلة داخلياً وتعمل كوحدة متكاملة في التعامل مع الأصوات والمساعدة على السمع، ويمكن توضيح كـل منها على النحو التالي :

أولاً) الأذن الخارجية The Outer Ear:

وتعمل هذه الأذن على تجميع الموجـات الصوتية وتحديد موقع الصوت، كما وتقوم بوظيفة توصيل الطاقـة الصوتية وحماية للأذن الوسطى . (الزريقات، 2003 :20)

وتتكون من الصوان والقناة السمعية والطبلة .

أ- الصوان Auricle هو الجزء الظاهري من الأذن، يشبه شكل البوق، مصنوع في معظمـه مـن مـادة غضروفية مغطاة بالجلد وليس به سوى قدر قليل نسبياً من الدم، ينقسم إلى ثلاثة أجزاء العلوي منها يـسمى غالباً بالحلزون Helix، أما الجزء الأدنى المدلى فيسمى بشحمة الأذن Lobul، والصحن عند مدخل القنـاة السمعية يعرف محارة الأذن .

وتتركز وظيفة الصوان في تجميع الموجات الصوتية وتوجيهها إلى القناة السمعية، كما لها دور هام في تحديد مصدر الصوت معتمداً في ذلك على شدته ونغمته، وحماية قناة الأذن، وتضخم الأصوات بحدود (4500) هرتز . (**)

ب- القناة السمعية الخارجية External auditory canal : وهي ممر ضيق يبلغ طوله انش واحـد أو أكثر بقليل، تقع الطبلة في نهايتها الداخلية وتبرز فتحتها الخارجية على جانب الرأس، وتأخذ شـكل (S)، الثـلثان الخارجيان من القنـاة يتكونان من غضروف يبلغ طوله لدى البالغ بوصة واحدة تقريباً مما يـسمح بتردد اهتزازات الصوت بمعدل (3400) هيرتز، وهو مغطى بالجلد ويضمان غدداً شمعية ودهنية تفـرز مادة " الصملاخ cerumen " الشمعية، وثالث داخلي عظمي مغطى بالجلد، وتعمل هذه القناة علـى توجيـه الصوت إلى طبلة الأذن، وكمضخم ومقوياً للأصوات التي تكون ذبذبتها في حدود (2700) هرتز، إضافة إلى حماية الأذن والطبلة من المؤثرات الخارجية كالجراثيم والغبار من خلال المادة الشمعية التي تفرزها الغدد المبطنة لها والقليل من الشعر المنتشر بداخلها، علاوة على ضيق ممرها والشكل الذي تأخذه . (**)

ت- طبلة الأذن Eardrum : وتقع في نهاية قناة السمع الخارجية، وهي عبارة عن طبقة مـن الأغـشية الرقيقة تأخذ شكل القلب، وتتسم بشدة قوتها لاحتوائها على ألياف متقاطعة (ولكن ثمة خطر بأن يتمـزق إذا خدش بأداة حادة)، وتتحـرك بفعل موجات الضغط الصوتية التي ترتطم بسطحها وتهتز بما يناسـب شـدة

الموجة الصوتية وبسرعة تتناسب مع ذبذبتها، ومنها تبدأ حاسة السمع حيث تتصل في مركزها بعظمة المطرقة الموجودة في الأذن الوسطى، وتعمل على تحويل الترددات الصوتية إلى اهتزازات . (**)

ثانياً) الأذن الوسطى The Middle Ear

وهي عبارة عن فراغ مليء بالهواء، موجود ضمن العظم الصدغي للجمجمة، وتحتوي على ما يأتي :

أ- العظيمات الثلاث : وهي عبارة عن سلسلة عظيمات صغيرة تسمى وفقاً للشكل الذي تأخذه (المطرقة Mealus والسندان Incus والركاب Stapes)، فتلتصق بغشاء الطبلة عبر ممسك المطرقة والمسمى (نصاب القص Manubrium)، كما ويثبت رأس العظم المطرقي داخل التجويف السنداني، المتصل بدوره في العظم الركابي والموصل بغشاء آخر يفتح إلى الأذن الداخلية، وتتعدى وظيفة هذه العظيمات مجرد نقل أنماط الذبذبات أو الترددات من الطبلة، فهي تعمل على تكبير الأصوات الضعيفة (50) مرة من خلال تركيز التموجات الصوتية، ومن جهة أخرى فإنها تعمل على تخفيف حدة الأصوات العالية من خلال الدور الذي تلعبه العضلات الواصلة بين المطرقة والجمجمة من جهة والسنديان والركاب من جهة أخرى . (**)

ب- قناة أوستاكيوس The Eustachian Tube : وهي عبارة عن أنبوب ضيق يمتد بين تجويف الأذن الوسطى والتجويف البلعومي في القسم الخلفي من الفم، ويتلخص عملها في الحفاظ على التوازن في مستوى الضغط الجوي داخل الأذن الوسطى والتجويف الفمي ؛ للتقليل من آثار ارتفاع الضغط أو انخفاضه على سلامة الأذن. (**)

ثالثا) الأذن الداخلية The Inner ear

وفيها يحدث آخر تحول للطاقة ، حيث تتحول الطاقة الميكانيكية إلى موجات صوتية، وذلك عند الغشاء القاعدي Basilar Membrane، إضافة إلى كونها لا تلعب دوراً هاماً وأساسياً في عملية السمع فحسب، بل تعتبر ذات أهمية محورية في الحفاظ على توازن جسم الإنسان، ومن أبرز أجزائها :

أ- القوقعة Cochlea : وهي عبارة عن أنبوب ثلاثي، تشبه من حيث شكلها غطاء الحلزون، وفي الجزء الخارجي منها توجد النافذتان البيضاوية والدائرية، أما الجزء الداخلي فهو على شكل قناة تحوي السائل اللمفاوي الداخلي (وهو مصدر الأكسجين الوحيد للقوقعة) . (**)

ب- عضو كورتن Organ of Corti : والذي يتمثل دوره في تحويل الموجات الصوتية إلى رسالات عصبية، فهو يمتد على طول غشاء القوقعة، ومن أهم أجزائه الخلايا الشعرية Hair Cells، التي تمر من خلالها آلاف من الألياف العصبية Afferent Nerve Fibers إلى الداخل مكونة العصب السمعي (العصب القحفي الثامن)، والتي تصل إلى مركز السمع في الفص الصدغي من الدماغ . (**)

ت- الدهليز Vestibu : يعتبر صلة الوصل بين القوقعة والقنوات الهلالية، توجد فيه الأعضاء التي تقيس الحركة والوضعية وقوة الجذب، ويقع أعلى القوقعة مملوء بالسائل اللمفاوي المحيطي وينتهي عند النافذة البيضاوية لها . (**)

ث- القنوات الهلالية Ampullae of Semicircular Canals : وهي عبارة عن قنوات صغيرة ودقيقة أفقية وأمامية وخلفية، شبه دائرية، تمتلئ بالسائل وتشكل جزءاً من التيه الغشائي، يبرز دورها في الحفاظ على توازن الجسم، وذلك من خلال إرسال المعلومات حول وضع الرأس في الفراغ . (**)[1]

(**) فارد، 1987 : 8-19، 38-39

ومما سبق يتضح بأن التموجات الصوتية تتجمع من كل الاتجاهات عبر صوان الأذن لتنتقل بعد ذلك عبر قناة السمع الخارجية إلى غشاء الطبلة، والذي يحول الطاقة الكهرومغناطيسية الصادرة عبر الموجات الصوتية إلى طاقة ميكانيكية تتضاعف قوتها عبر عظيمات الأذن الوسطى الثلاث، ليصل إلى الأذن الداخلية والتي تتحول الطاقة خلالها إلى إرسالات عصبية تصل إلى مركز السمع في الفص الصدغي من الدماغ ليقوم بدوره في ترجمتها وتحويلها إلى مدركات حسية يتعامل معها الإنسان وفقاً لخبراته، ولذا فالسمع هو مفتاح الاتصال اللفظي للفرد وكذلك الصلة بينه وبين عالم الأصوات المحيط به .

ملحق رقم " 14، ب "

تشريح وفسيولوجيا العين وآلية الإبصار

يتكون الجهاز البصري من العينين اللتين تتصلان بالفص الدماغي الخلفي عبر مجموعة من الألياف العصبية تسمى العصب البصري (optic nerve)، كل منها غاية في التعقيد سواء فيما يتعلق بالتركيب أو طريقتها في أدائها الوظيفي المميز حيث تنمو العين على شكل نتوء لجزء من التجويف الثالث من المخ، " وإذا كان هناك من يتحدث عن الكاميرا عندما يتناول طريقة قيام العين بأداء وظيفتها فإنه يجد بأن الفرق شاسع بين الاثنين بل إنه لا مجال للمقارنة بينهما ". (محمد،2004 :66) .

وتأخذ العين شكلاً كروياً بقطر 2.5سم عند البالغين، وهو مبنى طري وأجوف، يتم الحفاظ على شكله بواسطة الجسم الزجاجي، والعين بأكملها ــ باستثناء القرنية ــ مغطاة بطبقة بيضاء وقوية تسمى الصلبة .

تقع وسط تجويف عظمي خاص بها في مقدمة الجمجمة وتعلوها الجفون والأهداب والرموش في حين تحوي هذه الكرة عدة أجزاء ولكي تعرض الباحثة لتركيب العين بشيء من الإجمال الذي من شأنه أن يساهم في إعطاء صورة دقيقة له، فسوف تحاول إيجاز ما أمكنها التوصل إليه من معلومات حول هذا الجانب من كافة المراجع والكتب التي تطرقت إليه، وذلك في ضوء تقسيم الجهاز البصري إلى أربعة أجزاء رئيسية، وهي كما يلي :

1- **الجزء الوقائي Protect ice** :

توجد كرة العين أو المقلة eyeball داخل تجويف عظمي يحميها من الإصابة، إضافة إلى كونها تشتمل على أجزاء أخرى خارجية تعمل على وقايتها من الصدمات، والشظايا والغبار وأشعة الشمس والأضواء المبهرة .

ومن هنا فالجزء الوقائي يتضمن : التجويف العظمي (الذي تقع فيه العين)، الحاجب والأهداب والجفن، الدموع (التي تحجب الأذى عن المقلة و تقوم بغسيل العين من الأتربة والغبار) .

2- **الجزء الإنكساري Efractive** :

ويشتمل على تلك الأعضاء التي تعمل بصفة أساسية على تجميع الضوء النافذ إلى العين وتركيزه على الشبكية، وهذه الأجزاء متمثلة في:

دبابنة، 1996 :49-57

محمد، 2004 :155-160

سليمان، 2003 :27-31

الزريقات، 2003 :20-34

الخطيب، 2005 :16-21

الصلبة Sclera : وهي طبقة بيضاء اللون تميـــل إلى الزرقة قليلاً تمتد إلى أمام العين مكونة القرنية وتكون 6/5 الطبقة الخارجية وهي معتمة وسطحها الخارجي أملس شديد الحساسية لوفرة النهايات العصبية الحسية فيه، تعمل على حماية أجزاء العين الداخلية.

القرنية cornea : تعتبر نافذة أمامية للعين على العالم الخارجي، وهي عبارة عن نسيج من الألياف الشفافة، ولا تحتوي على أوعية دموية، يبلغ سمكها حوالي 0.5 ملم ويزداد هذا السمك عند الأطراف ليصل إلى واحد ملم يحمي العيـــن، ويقوم بتجميع الأشعة الضوئية الساقطة عليها ثم يعكسها على الأجـــسام المرئيـــة فيهـــا لإرسالها إلى الشبكية .

البؤبؤ pupil : وهو ما يعرف بإنسان العين، ويظهر كنقطة سوداء مستديـــرة وسط القزحيـــة ويقـــع أمـــام العدسة مباشرة ويعمل على تنظيم دخول الأشعة الضوئية التي تسقط على العـــين، حيـــث أنـــه يـــضيق إذ تعرضـــت العين لإضاءة شديدة ويتسع في الليل أو الضوء الخافت ويصل إلى أعلى درجات اتساعه إذا فقدت العين إحساسها بالضوء لسبب ما، وقد تكون في بعض الأحيان دلالة على فقدان الإنسان للوعي أو موته .

المشيمة Choroid : وهي عبارة عن طبقة مشبعة بالصبغات الملونة التي تجعل باطن العين معتماً، وتتكون المشيمة من ألياف مرنة ومن طبقة أوعية دموية ترتبط ببعضهما البعض عن طريق نسيج ضام تتصل فـــي مقدمة العين بالقزحية .

القزحية Iris : وتظهر كقرص ملون بالبني أو الأزرق أو المزج بين اللونين، داخل اللـــون توجـــد نمـــاذج وإشارات متغيرة خاصة بكل إنسان مثل بصمات الأصابع لا يوجد اثنين تكون القزحيـــة لـــديهما متـــساوية، وتحجب العدسة بصورة جزئية، وتتحكم في حجم البؤبؤ وفقاً لشدة الضـــوء النافذ إليها، حيث تتكـــون مـــن نوعين من الأليـــاف العضلية الملساء، وتتواجد هذه العضلات تحت مراقبة جهاز الأعصاب الذاتي، أحد هذين النوعين يتشعب داخل إنسان العين، وعندما تتقلص هذه العضلات تسحب إنسان العين وتؤدي إلى اتساعه، أما النوع الآخر من الألياف العضلية مرتبة على شكل حلقات حول إنسان العين وعندما تـــتقلص تعمـــل علـــى إغلاقه، وتعتمد أوامر فتح وإغلاق إنسان العين داخل القزحية ترسل من المخ وفقاً للمعلومات التي يتلقاهـــا حول كمية الضوء التي تصل إلى الشبكية .

العدسة Lens : تقع خلف البؤبؤ مباشرة وخلف القرنية بمسافة قصيرة ويفصل بينهما الرطوبة المائية، يقرب حجمها من حجم حبة البازلاء الصغيرة وهي مجوفة قليلاً إلى الداخل، صافية جداً ولها لون أصفر خفيـــف، مبنية من طبقات من الخلايا الشفافة ولا تحوي أوعية دموية، تمتاز بالمرونة الشديدة حيـــث يتغيـــر شـــكلها ووضعها تبعاً لمدى الرؤية ؛ فتكون أرق ما يكون في أوقات الراحة والنوم أو عند الرؤية عن بعد ويـــزداد سمكها تدريجياً كلما قل مدى الرؤيـــة أو اقتربت الأجسام من العين حتى يتم تركيز الأشياء المرئيـــة علـــى الشبكية، تحاط بأحزمة رقيقة ولكنها قويـــة جداً تثبت العدسة في مكانها في واجهة العين وهي معلقة بأربطة من عضلات الهدب المربوطة بالصلبة التي تغطي العين وتساعدها على التقلص والارتخاء .

الرطوبة المائية والسائل الهلامي Aqueous and Vitreous : تضم المقلة قـــسمين أو قطـــاعين ذوي جسمين كرويين يختلفان في الحجم فيكون الأمـــامي صغيراً وشفـــافاً يحوي سائـــل مائي (الرطوبة المائية) رقيق يفرزه الجســـم الهدبي Ciliary body ويشكل 6/1 حجم المقلة ويعتبر بمثابـــة خزانة أمامية للـــسائل المائي وتقع بين القرنية والقزحية، أما الخلفي فهو أكبر في الحجم من سابقه حيث يشكل 6/5 حجـــم المقلـــة ويكون معتماً وهو عبارة عن غرفة كبيرة تقع خلف العدسة Lens مباشرة ويحوي مادة هلامية تعرف بالسائل

الزجاجي Vitreous، وتلك الحجرتان هما أوساط إنكسارية يمتلئ بهما فراغ العين ويعملان علـــى تجميـــع الضوء النافذ إلى داخلها وتركيزه على الشبكية .

3- **الجزء الاستقبالي receptice** :

ويتضمن هذا الجزء الأعضاء المستقبلة في العين وهي :

المحور البصـــري Optic Axis : وهو عبارة عن الخط الواصـــل بين مركزي الحجرتين الأمامية والخلفية لكل منهما محور خاص به بحيث يتوازى المحوران معاً بما لا يتطابق مع المحور البصري الواصل بينهما .

الشبكية retina : وهي طبقة داخلية مقعـــرة تبطن القسم الخلفي من العين، تعمل من خلال عدد هائل مـــن الخلايا (125 عصي وسبع ملايين مخروط) المتراصة بصورة مكثفة على استقبال الأشعة الضوئية النافذة إليها من الأجزاء المرئية و تجميعها، لتتكون صورة مقلوبة للجســـم المرئي (من أسفل لأعلى ومن الأمام إلى الخلف)، تلتقطها الشبكية وتحولها لسلسلة من الإشارات الكهربائية التي تمر إلى المخ عبر الأعصاب .

وتجدر الإشارة إلى أن الضوء الواصل للعيـــن يمر عبر شبكة من الألياف العصبية وكذلك عبـــر العـــصي والمخروطـــات نفسها ـــ قبل أن يصل إلى الأجـــزاء الحساسة التي تتسبب في نشوء الإشارات الكهربائية، وتنتشر العصا والمخروطات على الشبكية كلها باستثناء منطقة تسمى " نقرة الشبكية المركزية " والتي تحوي أساساً مخروطات وتعد المنطقة الحســـاسة الأولى بالشبكية، وفيها تظهر الصورة أوضح ما يكون، وهنـــاك بالشبكية أيضاً منطقة صغيرة لا تحتـــوي على عصى ومخروطات وهي المكان الذي تخرج منـــه الأليـــاف العصبية لتتصـــل بعصب الرؤية أو العصب البصري، وفيه توجد حفرة صغيرة تسمى " البقعة العميـــاء "، وتعد العصى والمخروطات عبـــارة عن خلايا صغيرة وكل منها تتصـــل بخيط دقيق يؤدي إلى ليف عصبي والذي يتصل بثلاثمائة عصي تقريباً، أي أن المخ يتلقى التفاصيل من المخروطات الموجودة في النقرة الشبكية أكثر مما يتلقى من العصي في بقية مناطق الشبكية . (فارد، 1987 :20- 21)

العصب البصري ومركز الإبصار في المـــخ Optic nerve : تتصل العين بمركز الإبصار في المخ عـــن طريق العصب البصـــري الذي يقوم بنقل الإحساس بالضوء من الشبكية إلى مركز الإبصار في المخ بعد أن يحـــوله إلى نبضات كهربية، فيقوم المركز البصري بترجمتها إلى صورة مرئية تدركـــها العين المجردة، مع العلم أن الأعصاب البصرية Optic Nerve تتبع اتجـــاه محاور الإبصار وبالتـــالي فإن تلك الأعـــصاب لا تكون متوازية .

4-**الجزء العضلي Ascular**:

ويتضمن ست عضلات تتصل بمقلة العين وترتبط بالمخ، تتمثل وظيفتها الأساسية في تحريك العين داخـــل المحجر في كل الاتجاهات ؛ وفي سبيل ذلك تعمل هذه العضلات مع بعضها البعض بانسجام وتوافق تام .

تعتمد قدرة الفرد البصرية على حركة كل من الجزء الإنكساري والإستقبالي والعضلي هذا إضافة إلى حركة الأجزاء الخارجية أيضاً .

ولذا " فإن أي خلل أو قصور يحدث في أي جزء من العين يؤدي إلى إحداث قصور في عمل العين ينتج عنه شكل من أشكال الإعاقة البصرية " (سيسالم، 1997 :13)